



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” para mejorar la cobertura de Papanicolaou.
CAP III Mantaro-EsSalud. 2014.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Jubitza Jassely Salas Rospigliosi

ASESORA:

Mg. Miluska Vega Guevara

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión en Salud

PERÚ - 2017

Dra. Estrella Esquiagola Aranda
Presidente

Dra. Luzmila Garro Aburto
Secretaria

Mg. Miluska Vega Guevara
Vocal

Dedicatoria

A mi único hijo Daniel Castelo Salas.

Jubitza.

Agradecimientos

Mi especial agradecimiento a mis padres
Lourdes Rospigliosi de Salas y Paulino
Salas Zavaleta.

Jubitza.

Declaración de Autoría

Yo, Jubitza Jassely Salas Rospigliosi, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “Aplicación del Plan de Intervención CACU compromiso de todos para mejorar la Cobertura de Papanicolaou. CAP III Mantaro-EsSalud. 2014” presentada, en 88 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 23 de setiembre del 2017

Jubitza Jassely Salas Rospigliosi

DNI: 00510429

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis *Aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” para mejorar la Cobertura de Papanicolaou. CAP III Mantaro-EsSalud. 2014*, que tuvo como objetivo determinar la mejora en la cobertura del Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud, dado que el aumentar la cobertura de exámenes preventivos es el desafío que el país debe continuar asumiendo con la única finalidad de reducir la incidencia en este caso, del cáncer cérvico-uterino, y más aún sobre las experiencias de países que han sorteado esta morbi-mortalidad con estrategias de intervención efectivas, resaltando que el cáncer cérvico-uterino se transforma hasta en un problema de justicia social y con costos elevados de tratamiento hasta prohibitivo.

El presente informe ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado. En el capítulo I denominado introducción, se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, el problema, las hipótesis, y los objetivos de la investigación. En el capítulo II, se describen los criterios metodológicos empleados en la investigación y en el capítulo III los resultados tanto descriptivos como inferenciales. Luego la discusión, conclusiones y recomendaciones, terminando con la descripción de las referencias bibliográficas.

Además con este estudio se logró como conclusión que el “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro-EsSalud; por otro lado, el informe de esta investigación fue elaborado siguiendo el protocolo de la Escuela de Posgrado de la Universidad y es puesto a vuestra disposición para su análisis y las observaciones que estimen pertinentes.

La autora.

Índice

	Pág.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	13
1.1 Antecedentes.	14
1.2 Fundamentación científica.	18
1.3 Justificación	34
1.4 Problema	37
1.5 Objetivos	39
1.6 Hipótesis	40
II. Marco metodológico	41
2.1 Variables	42
2.2 Operacionalización de variables	42
2.3 Metodología	44
2.4 Tipo de investigación	44
2.5 Diseño	45
2.6 Población, muestra y muestreo	45
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
2.8 Métodos de recolección y análisis de datos	47
III. Resultados	49
3.1 Prueba de normalidad	50
3.2 Resultados descriptivos	52

3.3.	Constrastación de hipótesis	55
IV.	Discusión	58
V.	Conclusiones	66
VI.	Recomendaciones	68
VII.	Referencias	70
VIII	Anexos	74
	Anexo 1. Artículo científico	
	Anexo 2. Matriz de consistencia	
	Anexo 3. Autorización para desarrollo de investigación	
	Anexo 4. Matriz operacional de variables	
	Anexo 5. Instrumento	
	Anexo 6. Certificados de validez del instrumento	
	Anexo 7. Matriz de datos	
	Anexo 8. Población y cobertura pre-t y pos-t	
	Anexo 9. “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”	

Lista de tablas

		Pág.
Tabla 1.	Matriz de operacionalización de la variable Plan de Intervención CACU compromiso de todos	43
Tabla 2.	Matriz de operacionalización de la variable cobertura de Papanicolaou	44
Tabla 3.	Validez de los instrumento, según expertos	47
Tabla 4.	Prueba de normalidad: cobertura de Papanicolaou	50
Tabla 5.	Prueba de normalidad: toma de Papanicolaou	50
Tabla 6.	Prueba de normalidad: resultados de Papanicolaou	51
Tabla 7.	Cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	52
Tabla 8.	Cobertura de toma de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	53
Tabla 9.	Cobertura de resultado de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	54
Tabla 10.	Contrastación de hipótesis: Cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	55
Tabla 11.	Contrastación de hipótesis: Cobertura de toma Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	56
Tabla 12.	Contrastación de hipótesis: Cobertura de resultado de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	57

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	52
Figura 2. Cobertura de toma de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	53
Figura 3. Cobertura de resultado de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. enero a marzo del 2014.	54

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014.

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo y fue de tipo aplicada de nivel explicativo, por lo que el diseño de estudio fue experimental de tipo pre experimental, de corte longitudinal. La población de estudio fue censal estuvo constituida por 7 trabajadores, con un muestreo no probabilístico intencional, teniendo a la revisión documental como técnica de recolección de datos y a la ficha de recolección de datos de elaboración propia como instrumento, el cual fue sometido para su validación y confiabilidad, al juicio de tres expertos, considerándolo como aplicable. Además se usó para el análisis de los datos y/o contrastación de la hipótesis, la estadística descriptiva inferencial paramétrica como es la prueba t.

Los resultados evidenciaron que por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se logró una cobertura de Papanicolaou de 127% es decir mejoró en un 74% más que el año anterior al estudio.

Finalmente se concluyó que el “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro-EsSalud, por lo tanto es una óptima estrategia de gestión en servicios de salud

Palabras clave: Papanicolaou, Plan de Intervención, Cobertura, Calidad, PAP, MAIS.

Abstract

The main objective of the present investigation was to determine if the application of the "CACU Intervention Plan for everyone" improved the coverage of Papanicolaou in CAP Mantaro - EsSalud. 2014.

The research was developed under the quantitative approach and was of applied type of explanatory level, reason why the design of study was experimental of type pre experimental, of longitudinal cut. The population of the study was census consisted of 7 workers, with an intentional non-probabilistic sampling, having the documentary review as data collection technique and the data collection sheet of own elaboration as instrument, which was submitted for validation and reliability, to the judgment of three experts, considering it as applicable. In addition, parametric inferential descriptive statistics such as the t-test were used for data analysis and / or testing of the hypothesis.

The results showed that the application of the "CACU Intervention Plan for all" achieved a Papanicolaou coverage of 127%, ie improved by 74% more than the year before the study.

Finally, it was concluded that the "CACU Intervention Plan for All Commitment" improves Papanicolaou coverage in the CAP III Mantaro-EsSalud, therefore it is an optimal management strategy in health services.

Key words: Papanicolaou, Intervention Plan, Coverage, Quality, PAP, MAIS.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes internacionales

Salas, Guzmán y Cazor (2005) realizaron en Chile la investigación *Estrategias efectivas para aumentar la cobertura del Papanicolaou en el programa de detección del cáncer cérvico uterino*. El objetivo de este trabajo fue dar a conocer estrategias de salud pública que permitan aumentar la cobertura del Papanicolaou (PAP) en los servicios de salud Valdivia y Metropolitano Norte. En sus cálculos de cobertura de Papanicolaou, estudiaron a la población femenina beneficiaria que se realizó el Papanicolaou en los últimos tres años anteriores al estudio, siendo dicha población separada por grupos entre 25-64 años y entre 35-64 años. Para el estudio de la incidencia y mortalidad se utilizó como denominador al total de la población femenina mayor de 15 años según lo proyectado por el Instituto Nacional de Estadísticas cada año, así como los casos nuevos diagnosticados histológicamente para el cáncer in situ (NIE III) e invasor y los certificados de defunción existente en la base de datos de los Servicio de Salud que analizaron. Por otro lado se resalta que tuvieron dentro de sus instrumentos, pruebas histológicas.

En esta investigación para expresar sus resultados tendientes a aumentar la cobertura en Papanicolaou, describieron el proceso para cada estrategia de salud pública que desarrollaron, reportando estrategias probadas en este estudio como efectivas: (a) Fomento de la informática con la instalación del cito-expert (envío de datos por planillas Excel-Base de los Papanicolaou) en la red de atención primaria, planilla de cálculo de coberturas, estadística mensual, planilla de contrareferencia de pacientes atendidas en la Unidad de Patología Cervical y envío vía e-mail cada tres días a la atención primaria. (b) Captación de monitoras de Papanicolaou en la comunidad. (c) Investigación operativa y capacitación permanente a matronas, médicos y monitoras de Papanicolaou. (d) Implementación de un banco de proyectos de promoción.

Encontraron dentro de sus resultados un incremento en la cobertura de Papanicolaou en un 12 y 8% en los Servicios de Salud Valdivia y Metropolitano

Norte respectivamente. Estos resultados permitieron concluir que el aumento de las coberturas del Papanicolaou depende de múltiples factores donde se destaca la motivación de los equipos de salud, en especial de la profesional matrona, así como de una red de apoyo interdisciplinario y comunitaria destinada a captar mujeres, y el concepto de auto-cuidado que tenga internalizado cada mujer. Esto traducido en el efecto en la salud de la mujer ha significado diagnosticar NIE III cuatro veces más que en 1993, detectar el cáncer invasor en etapas iniciales (etapas I y II), y descender consecutivamente la mortalidad por esta enfermedad, alcanzando una tasa de 4,6 por 100.000 mujeres mayores de 15 años en el Servicio de Salud de Valdivia.

Wood de Madrid y Donaji Mojica (2010) realizaron en Panamá la investigación *Grado de participación en la captación para Toma de Papanicolaou* cuyo objetivo fue lograr que el equipo multidisciplinario participe activamente en la captación de mujeres con inicio de vida sexual para la toma de Papanicolaou. Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal. Tuvieron como metodología la capacitación a un grupo de 46 funcionarios que brindan atención directa a las usuarias en un Policentro de salud, sobre la cobertura de toma de Papanicolaou, y sobre la situación actual del cáncer cérvico uterino a nivel mundial. Luego se les detallaron por escrito el compromiso de cada uno dentro de su departamento con el objetivo de captar y referir el mayor número de mujeres para la toma de Papanicolaou.

Llegando a obtener como resultados el lograr capacitar al 87,5% de los funcionarios seleccionados, elaborar un flujograma de atención de pacientes que demandan la toma de Papanicolaou, lograr tomar un 63% más de Papanicolaou con respecto al año anterior para un mismo período y se confeccionó una tarjeta que llevó luego el control de la toma de Papanicolaou y lograr así un monitoreo más efectivo. Además reportaron que la cobertura del Papanicolaou aumentó a un 39,0%, después de la capacitación y motivación del equipo de salud sobre la importancia de la toma de Papanicolaou y detección temprana del cáncer cérvico uterino.

Los resultados obtenidos les permitieron concluir que el recurso humano de toda institución es determinante y primordial para lograr los objetivos planteados como organización y que es importante mantenerlos motivados además de capacitados en relación a los proyectos a seguir, logrando así una labor en equipo permanente y sistemática hacia la consecutiva mayor cobertura en las metas trazadas.

Acera Pérez, Amelia realizó en España la investigación (2016) titulada *“Evaluación de tres estrategias para la captación de mujeres con cribado incorrecto de cáncer de cérvix: Estudio CRICERVA”*, dirigido a las mujeres de 30 a 70 años que residían en diciembre de 2010 en el área de SAP Cerdanyola (Vallés Occidental) Barcelona, teniendo como objetivo principal el de mejorar la participación y la cobertura del cribado de cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 30 a 70 años a partir de tres tipos de intervención de carácter poblacional dirigidas desde el SAP Cerdanyola; y como objetivos secundarios: (a) conocer la cobertura y características (lugar y periodicidad) del cribado de cáncer de cuello uterino en la población de estudio y (b) estudiar el perfil de las mujeres que participan en las estrategias propuestas de cribado de cáncer de cuello uterino.

Planteándose como hipótesis: La organización de las citaciones para la realización del cribado aumenta la participación al mismo y por lo tanto aumenta la cobertura de la población diana por encima del cribado oportunista. A mayor información acerca del cribado y sus beneficios se supone una mayor aceptación en participar. Previamente añadir una llamada personalizada a la carta de invitación con cita fija, un folleto informativo puede ser la más coste- efectiva que la ausencia de llamada. El enviar una carta de invitación con cita fija y un folleto informativo sería superior a sólo mandar una carta.

Los cluster de estudio fueron: (1) GNI es el grupo control e incluye a las mujeres que asisten de manera oportunista. Estas mujeres, una vez visitadas, se inscribieron en el protocolo de rutina; (2) G1 (grupo de intervención 1): Se envió una carta de invitación personalizada, e informativa sobre la importancia de la detección precoz del cáncer de cérvix firmada por el médico y profesionales del correspondiente Centro de Salud Pública de la atención primaria de la paciente y por las coordinadoras de Salud Reproductiva; (3) G2 (grupo de intervención 2): Se

envía la misma carta de invitación que a G1 así como un folleto informativo en el que se explica la importancia del cribado de cáncer de cuello uterino; y (4) G3 (grupo de intervención 3): igual intervención que la realizada en G2 complementado por una llamada telefónica 3 días antes de la cita como un recordatorio de la visita.

A 13, 886 mujeres se asignaron a los 3 grupos con intervención y 2079 al cluster de no intervención. No fue posible contactar con 4263 mujeres mientras que 4282 mujeres fueron evaluadas como no susceptibles a cribado y rescatamos a 5341 con un cribado insuficiente. El reclutamiento para el estudio finalizó en diciembre 2013.

Para el análisis estadístico: Se entiende como cobertura final la conseguida en el periodo de total de 4 años. Las variables cualitativas se describen con frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan con media y desviación estándar. La prueba chi cuadrado se utilizó en la comparación de variables cualitativas y el análisis de varianza para el análisis de las variables cuantitativas y se consideró que una diferencia era estadísticamente significativa si el valor de p era menor de 0.05. Se incluyeron intervalos de confianza al 95 %. El análisis se realizó en este estudio con el paquete estadístico SPSS para Windows v.20.0

Los resultados de esta investigación española arrojó: La cobertura de cribado cervical para el SAP Cerdanyola al final del estudio CRICERVA en los grupos de intervención se estimó en 84% lo que representó un aumento del 31% de la cobertura basal. La estrategia que obtuvo una mayor cobertura fue la de grupo G3 para todos los grupos de edad. La cobertura en el grupo control aumento un 9% en el periodo de estudio. La evaluación económica de la intervención estimó que la implementación de enviar una carta costaría en media 490 euros por cada 1000 mujeres. Por último, tras la lectura de esta investigación que fue a mérito de tesis de doctorado, se subraya que la autora resalta y enmarca que calidad debe ser entendido como el aumento de cobertura.

1.1.2. Antecedentes nacionales.

No se han encontrado trabajos de investigación en relación al presente.

1.2. Fundamentación científica

A continuación se presentan las diferentes concepciones y teorías relacionadas con la variable independiente “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” y de la variable dependiente cobertura de Papanicolaou.

El Plan de Intervención centra su conceptualización en lo vertido por Ortega et al (2013), y se sustenta en: (a) Modelo de Atención Integral de Salud basado en la familia y la comunidad (Minsa, 2011) y (b) Círculo de Deming. (Guajardo, 1996). El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) tiene como principios y valores orientadores: (a) La integralidad (b) Universalidad (c) Calidad (d) Corresponsabilidad (e) Equidad (f) Solidaridad y (g) Eficiencia. (Minsa, 2011)

Por otro lado, la variable dependiente, cobertura de Papanicolaou, se conceptualiza en base a criterios de la Organización Mundial de la Salud (2011), y se sustenta en la trilogía de la calidad propuesto por Joseph M. Juran (Guajardo, 1996). Además, es meritorio especificar que se ha considerado como indicadores de la variable cobertura de Papanicolaou a: (a) toma de Papanicolaou y, (b) resultados de Papanicolaou.

Se procede con las concepciones correspondientes del marco teórico que brindan la fundamentación científica del presente estudio.

1.2.1. Plan de Intervención CACU compromiso de todos

Ante la existencia de necesidades en salud por cubrir, es meritorio ejecutar y poner en marcha estrategias de acción inmediata, sobre todo cuando el cumplimiento de metas prioriza y gobierna a las actividades de salud.

Por tal razón, se procede a conceptualizar, “Plan de Intervención” partiendo del concepto propuesto por Restrepo y Málaga (2002) como a la principal teoría que respalda la conceptualización de proyecto; Plata (1992, cit en Cabrera y

Gonzalez) en lo que respecta al sustento de intervención y a Ortega, Castañeda, Díaz, Zepeda, Preciado, De la Torre, González y Aréchiga (2013), como sustento de Plan de Intervención propiamente dicho.

Conceptualización de Plan de Intervención

Se debe primero considerar que plan tiene una diversidad de sinónimos como ser: proyecto, intención, propósito, idea, pensamiento, deseo, aspiración, cálculo, diseño, esquema, etc.; tal como define Facal (2015) al frasear: “ La primera cuestión que surge al consultar manuales y textos sobre metodología de la investigación cualitativa es que se usa el término “diseño” como alternativa al término proyecto”. (p. 7)

Por ello en el presente estudio se usará de la bibliografía consultada el sinónimo de plan a lo que se define como proyecto.

Ante ello, Baca (2001) sostuvo que: “...proyecto es la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema tendiente a resolver entre muchas, una necesidad humana”. (p. 2).

Posteriormente, Restrepo y Málaga (2002) sostuvieron que: “Proyectos, entendidos como conjunto de acciones que se realizan en un determinado espacio físico, en un determinado tiempo, sobre una población objetivo y con recursos definidos, constituyen la mejor forma de enfrentar nuestros problemas”. (p. 179)

De acuerdo a lo establecido por Plata (1992, cit. en Cabrera y González, s.f.), la intervención es una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general.

Lo vertido en los párrafos precedentes se aprecia que los planes de intervención han sido usados siempre en dirección al cumplimiento de los

stándares de mejora continua de la calidad, subrayando por ende que con el presente estudio se liga a la contribución de la búsqueda de solución a determinados problemas en salud como es la cobertura de Papanicolaou y sobre todo con ello, el de prevenir que la incidencia de cáncer cérvico uterino merme la salud femenina.

Además que los proyectos o planes deben surgir como respuesta a una idea en búsqueda de la solución de un evento adverso aprovechando las oportunidades que se tienen en el entorno. Al mejorar un problema como por ejemplo la demanda insatisfecha se cubre las necesidades insatisfechas. En otras palabras un plan permite dar la mejor solución de una manera, en el mejor de los casos, inmediata incluyéndose hasta sus limitaciones de tiempo, costo y recursos. (Sapag y Sapag, 2008, pp 1-2).

Ortega *et al* (2013) definieron como Plan de Intervención a la propuesta ordenada de acciones que pretenden la solución de un problema que afecta a un individuo o grupo de individuos y en donde se plantea la magnitud, características, tipos y periodos de los recursos requeridos para completar la solución propuesta dentro de las limitaciones técnicas, sociales, económicas y políticas en las cuales se desenvolverá el proyecto.

Por otro lado, el Centro Yanapanañakusun (2010) en su *Manual de Gestión de Proyectos* plantea que todo proyecto tiene cuatro fases entre ellas menciona como primera fase a la identificación, que consiste en el análisis de los problemas con la consecuente elaboración de objetivos, resultados, y actividades; luego vendría la fase de la formulación, donde se detalla todos los aspectos del proyecto donde se debe incluir indicadores de logro de objetivos y resultados, fuentes de verificación de los indicadores, etc, hasta el planteamiento de los cronogramas y presupuestos. Posterior a ello se debe de considerar la fase de ejecución y seguimiento, con la que se debe alcanzar los resultados y objetivos planteados, debiendo considerarse que la ejecución debe ir conjuntamente de un seguimiento para establecer medidas correctivas en caso haya diferencias importantes entre el trabajo ejecutado frente a lo planificado. Por último se debe realizar la fase de evaluación, que consiste en apreciar los logros del proyecto,

evaluando la eficiencia en cuanto al desarrollo y la eficacia, el impacto y la viabilidad, con el afán de permitir una mejora progresiva en la gestión del proyecto y por ende de la gestión de la organización.

Para un correcto seguimiento de un Plan de Intervención, los hallazgos deben de responder a: qué información es relevante para nosotros (indicadores). Cómo debería ser recolectada y analizada (métodos). Quién se involucrará en cada fase (responsabilidades). (Centro Yanapanañakusun, 2010)

En dicho manual de gestión de proyectos del Centro de Yanapanañakusun (2010) especifica lo que es eficiencia, eficacia, impacto, pertinencia y validez de un proyecto. Donde la primera ve el grado hasta el cual se suministraron y administraron los insumos, de qué manera se hizo y con qué costo. La eficacia se encarga de investigar si el plan aplicado brinda los resultados que se espera para el cumplimiento de objetivos y saber así si el proyecto es eficaz. El impacto se debe apreciar los cambios y efectos positivos y negativos, previstos o no previstos. La pertinencia se refiere en qué medida se justifica el proyecto en relación a las prioridades de desarrollo. Y la viabilidad se encarga de apreciar si sus efectos perdurarán cuando finalice. Mediante el seguimiento podremos simplemente indicar si es probable que los efectos del proyecto se mantengan en el futuro, pero la única forma de verificar la viabilidad es mediante una evaluación ex – post, es decir con posterioridad a la finalización de la intervención.

Y por último se considera imprescindible expresar que todo plan de intervención se debe definir claramente que indicador se va a medir, debiendo asegurarse el saber la calidad del indicador es decir la naturaleza de lo que deseamos medir; la cantidad, es decir como expresaremos numéricamente la meta a lograr; el grupo beneficiario, es decir a quiénes va dirigida la intervención; la localización temporal y espacial, es decir el tiempo y el espacio que comprenderá la medición del indicador. Para ser comprensible como se plantear un indicador en un Plan de Intervención se puede brindar como siguiente ejemplo de indicador: En el segundo año de implantación del nuevo sistema de

recaudación municipal del Municipio “X”, hubo un incremento del 15% en los ingresos tributarios.

Conceptualización de CACU

Para especificar lo que es CACU se puede manifestar que, luego de la revisión bibliográfica realizada se apreció que es una abreviación ampliamente usada en tesis, libros, artículos científicos, revistas, y entre otros; para nombrar al cáncer de cuello uterino o cáncer cérvico uterino, siendo meritorio citar como ejemplo a una tesis donde ni más que en su parte introductoria siendo en si sus primeras palabras frasea de la siguiente manera: “El cáncer de cuello uterino (CACU) es uno de los principales problemas de salud en el mundo. (Beltrán, 2010)

Conceptualización de Compromiso de todos: es la estrategia de gestión que permite una mejora continua de la calidad en gestión de servicios de salud al lograr el desarrollo y justicia social en salud.

Para sustentar y por ende respaldar teóricamente la variable Plan de Intervención “CACU compromiso de todos”, se consideró como base teórica al Modelo de Atención Integral de Salud y al Círculo de la Calidad de Deming.

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

Debido a las características de la unidad de estudio y por la naturaleza del instrumento propuesto, se empleó al MAIS como sustento teórico del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”, variable independiente del presente estudio, porque según este modelo de atención se orienta los términos bajo los cuales se gestiona la organización y el desarrollo de actividades y servicios, y la manera como los recursos del Estado son orientados para mejorar la salud de la población, como se apreciará a continuación.

Y en concordancia a lo mencionado en el párrafo anterior se señala que el Ministerio de Salud (2003) presentó el documento técnico *La Salud Integral Compromiso de Todos: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*, en él se considera al MAIS como referencia para definir el conjunto de políticas,

componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad para satisfacer sus necesidades, percibidas o no. Y fue en el 2011 que en base a los lineamientos de gestión sectoriales, se inicia la actualización del MAIS que pasa a denominarse MAIS – BFC es decir Modelo de Atención Integral en Salud Basado en la Familia y Comunidad.

Es en este último documento del que se puede extraer los principios y valores orientadores en los que sustenta el Modelo de Atención Integral de Salud como ser la integralidad el cual es considerado el principio fundamental del Modelo de Atención Integral de Salud por lo que se debe reconocer a las personas de manera multidimensional como seres bio-psico-sociales, inmersos en un sistema de relaciones políticas, culturales y eco-biológicas. (Minsa, 2011)

Pudiendo enmarcar que la integralidad que se menciona en el MAIS tiene suma semejanza a lo que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en su preámbulo resalta como concepto de salud al denotarse que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad, conceptualización que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Dicha definición de salud, no ha sido modificada desde entonces.

Englobando el principio de integralidad del MAIS con el concepto de Salud de la OMS se puntualiza que la atención de salud no se reduce a la atención de enfermedades motivo de consulta en los establecimientos de salud, sino que aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte y más aún en los espacios de atención como ser familia y la comunidad. (Minsa, 2011)

La integralidad supone también el trabajo de equipos multidisciplinarios (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir

tareas y retos distintos) por la razón única que debe incluir intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. (Minsa, 2011)

Además la base para el cumplimiento de la integralidad en salud es el contar con una atención continua donde se ordene de forma flexible los flujos de atención y de recursos, se asegure así una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria, con la única finalidad de cumplir con la complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una red de salud y procesos de coordinación interinstitucionales. (Minsa, 2011).

El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” cumple con esta atención continua que solicita se priorice en el principio primordial del MAIS como ser la Integralidad, al considerar la necesidad primaria de la interconsulta para el cumplimiento de la búsqueda integral de daños en la salud.

El segundo principio y valor orientador del Modelo de Atención Integral de Salud es la universalidad, con la que se brinda la garantía de atención de salud a toda persona, familia o comunidad, en todos los servicios en lo que respecta a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, sin distinción de clase social, credo, raza, o género u otra condición. (Minsa, 2011)

El tercer principio y valor orientador del Modelo de Atención Integral de Salud es la calidad, con la que se desee lograr que todos los esfuerzos institucionales sean por el camino hacia el máximo beneficio de la persona, familia y comunidad, promoviendo el óptimo desenvolvimiento de la institución y siempre teniendo como objetivo la mejora continua de la atención en salud. (Minsa, 2011)

El cuarto principio y valor orientador del Modelo de Atención Integral de Salud es la corresponsabilidad, donde la persona, familia y comunidad considera como un deber el ser socios activos en la toma de las decisiones para el logro y el mantenimiento óptimo de su salud.

El quinto principio y valor orientador del Modelo de Atención Integral de Salud es la Equidad, con la se brinda la garantía de una adecuada y oportuna distribución de recursos y servicios, de tal manera que se pueda atender con

justicia a las personas, familias y comunidades, en mérito de sus necesidades en salud. (Minsa, 2011)

El sexto principio y valor orientador del Modelo de Atención Integral de Salud es la solidaridad, siendo una obligación moral para el logro de una eficiente cobertura universal que permita satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable. (Minsa, 2011)

El séptimo principio y valor orientador del Modelo de Atención Integral de Salud es la eficiencia, reconociendo que la atención de salud representa la respuesta a las necesidades de salud en un contexto de restricción y limitación de los recursos humanos y financieros. (Minsa, 2011)

La eficiencia se procura en dos niveles: (a) Las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos más vulnerables o situaciones de riesgo más críticas, de manera que el resultado conjunto del gasto de los recursos proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población. (b) Los mecanismos y procedimientos para asignar los recursos y para usarlos en la ejecución de actividades deben asegurar la disminución de las repeticiones o duplicidades el máximo rendimiento, y el desperdicio o gasto innecesario de los mismos. (Minsa, 2011)

Círculo de la Calidad de Deming

El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” variable del presente estudio se sustenta teóricamente en lo vertido por Guajardo (1996) donde se menciona al círculo de Deming o también llamado círculo de calidad de Shewhart, detallando como Deming impulsó a los japoneses a lograr un enfoque dirigido hacia la solución de problemas. (p. 42)

Este enfoque, conocido como el Círculo de Deming o PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) logra que las altas gerencias de toda compañía participen de manera activa en los programas de mejora de la calidad de dichas organizaciones que lo emplean. El círculo de Deming es en si, la forma de lograr

un cambio pero de manera planeada, donde las decisiones se toman de una manera científica y no con apreciaciones personales. (Guajardo, 1996, p. 42)

El Círculo de Calidad se expresa en cuatro etapas siendo: (a) Planear: Donde primero se debe considerar las metas es decir dónde se desea estar en un determinado tiempo, es decir se debe plantear el objetivo de la mejora. Luego del cual se debe ejecutar un diagnóstico para determinar la problemática o áreas de mejora definiendo las más importantes. Posterior a ello se debe definir la teoría de solución que ayude a llevar a la variable a mejorar hacia un punto de satisfacción. Finalmente, se estructura el plan de trabajo probando la teoría de solución. (b) Hacer: En este punto se pone en práctica el plan de trabajo estructurado debiendo con suma importancia establecer un control de seguimiento para garantizar que los involucrados desarrollen un apego y por ende empoderamiento en el programa seguido. Para este control puede darse uso a gráficas de Gantt o listas de verificación de tareas realizadas que ilustren de forma objetiva el progreso del proceso. (Guajardo, 1996, pp. 42 - 43)

Continuando con los pasos del círculo de calidad se menciona: (c) Verificar: En esta etapa se validan los resultados que se obtengan y se comparan con los planificados. Para este punto es indispensable que se hayan elaborado indicadores de resultado al denotar que lo que no se puede medir no se puede mejorar, al menos de manera sistemática. (d) Actuar: En esta última etapa se actúa, es decir que si al verificar los resultados, se lograron los beneficios deseados, es importante sistematizar y sobre todo documentar los cambios realizados para garantizar que existirá continuidad de los beneficios. Y si no se logran los resultados esperados, se actúa reformulando la teoría de solución hasta la consecución de los objetivos que se esperan lograr. (Guajardo, 1996, p. 44)

Por todo ello, el Círculo de Calidad es un proceso de mejora continua sólo si es empleado de forma sistemática y permanente; planeando, haciendo, verificando y actuando, las veces necesarias hasta resolver la problemática que se desee en alguna organización o institución.

Componente de la variable Plan de intervención: A continuación se detalla el Plan de Intervención “CACU compromiso de todos” aplicado en el CAP III Mantaro- EsSalud, desarrollándolo en mérito a las fases mencionadas con antelación.

Diagnóstico y análisis de las necesidades del Plan de Intervención “CACU compromiso de todos”:

EsSalud es una Institución de salud que tiene cuatro prioridades en atención siendo la prevención del Cáncer al Cuello uterino uno de ellas entre la prevención del cáncer mamario, el síndrome metabólico y la prevención de la enfermedad renal. En esta ocasión se desea con éste plan de intervención, en primer lugar, traer a la memoria un lema muy usado en nuestro país en años anteriores, el mismo que versaba de la siguiente manera: *“Maternidad Saludable y Segura, Compromiso de Todos”*, lema con el cual sumado a diversas acciones en salud se ha logrado reducir la tasa de mortalidad materna en Perú; y en segundo lugar, el presente plan de intervención desea validar que la prioridad institucional de prevenir el cáncer al cuello del útero, debe ser también considerada un “compromiso de todos”, incluyendo y no excluyendo en responsabilidad a todo el equipo multidisciplinario, más aún al considerar que en el mes de setiembre del año 2013, se ha aprobado la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud-EsSalud, donde el modelo de atención *integral* de salud forma el marco de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente, garantizan la atención integral de la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer las necesidades de salud.

Por ello, se espera que la Red Asistencial Junín sea pionera y por ende ejemplo a nivel nacional, en la instalación de un modelo de atención donde el trabajo en equipo sea un trabajo verdaderamente integral y formalizado, es decir se logre una atención integral “institucionalizada”, al dar uso de la presente matriz “CACU, compromiso de todos”, instrumento de medición de fácil uso y de ayuda importante en el monitoreo, supervisión y evaluación, más aún al considerar que el cumplimiento de la programación de metas es el pilar de todas nuestras

actividades de salud. El accionar de éste plan de intervención y su matriz inmersa, deberá ser de uso diario e información semanal a semejanza de las semanas epidemiológicas, con la única finalidad que aseguremos una salud pública óptima en base en poner énfasis al valor de las interconsultas y así se evidenciará el compromiso, no sólo con el servicio al que pertenece según grupo profesional sino con la institución y más aún con la salud integral de nuestras aseguradas.

**Planificación y diseño de los componentes del Plan de Intervención
“CACU compromiso de todos”:**

Objetivo General.- Institucionalizar en toda la Red Asistencial Junín, la matriz del plan de intervención: CACU “Compromiso de todos” de información semanal, logrando afianzar un modelo de atención integral de salud donde la prevención del cáncer del cuello uterino y por ende el logro de las metas anuales sean de compromiso multidisciplinario.

Objetivos Específicos.- Lograr que los profesionales médicos de la Red Asistencial Junín se involucren en las prioridades sanitarias de la institución brindando interconsulta al plan de intervención: CACU “Compromiso de todos”.

Alcance: Todos los CAS de las Red Asistencial Junín de EsSalud (RAJ)

Meta: Que el 100% de los profesionales médicos realicen interconsulta para toma de Papanicolaou en cumplimiento a una atención integral de salud.

Responsabilidades: Gerente Departamental de la RAJ, Jefe de la Oficina de coordinación, prestaciones y atención primaria la RAJ, Director de cada establecimiento de Salud de la RAJ, Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia de cada establecimiento de Salud – RAJ, Jefe del Servicio de Obstetricia de cada establecimiento de Salud de la RAJ, Médicos Gineco-Obstetras de la RAJ, Médicos Generales de la RAJ, Obstetras de la RAJ.

Disposiciones: (a) La Gerencia de la RAJ, dispondrá a quien corresponda la capacitación, difusión y uso en todos los establecimientos de salud de la matriz del Plan de Intervención: CACU “Compromiso de todos”. (b) La Gerencia y la Jefatura de Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria de la

RAJ dispondrá el uso del formato de interconsulta. (c) Los Directores de los establecimientos dispondrán a quien corresponda una Información semanal según matriz del plan de intervención: CACU “Compromiso de todos: Día lunes de cada semana, el mismo que deberán de remitir al correo institucional de la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la RAJ. (d) Se dispone que el profesional responsable de la presentación del Informe semanal será un profesional Obstetra de cada establecimiento, y en su ausencia un profesional médico.

Disposición tentativa: La Gerencia de la RAJ, dispondrá la formación de un comité evaluador para el logro de las autorizaciones correspondientes de Pasantía al modelo de atención del Policlínico Metropolitano

El logro de la ejecución de las acciones del Plan de Intervención “CACU compromiso de todos” como la Evaluación formativa (del proceso) y sumativa (del producto) se brindarán en el presente trabajo de investigación en los acápites correspondientes.

1.2.2. Cobertura de Papanicolaou

La Organización Mundial de la Salud (2011) en su publicación sobre las estadísticas mundiales, expresa que los indicadores de la cobertura de los servicios de salud reflejan la medida de las intervenciones sanitarias a las personas que las necesitan; y que los indicadores de cobertura se calculan dividiendo el número de personas que reciben una intervención definida, entre la población que cumple las condiciones para recibirla o la necesita.

Para el presente estudio la variable dependiente, cobertura de Papanicolaou, se sustenta en base a la trilogía de la calidad de Juran, la cual se compone en tres tipos de acciones: (a) Control de la calidad (b) Mejora de nivel o cambio significativo (breakthrough) (c) Planeación de la calidad.

En cuanto a las dos primeras acciones de la trilogía de la calidad de Juran tenemos la primera tendiente a las acciones de control con las cuales se debe considerar que para mejorar un proceso debe de estar controlado de esa manera

se mejora los niveles de calidad, esto implica que se debe eliminar las causas especiales y las segundas acciones que se relacionan a la mejora de nivel, con estas acciones se lograría encaminarse hacia el realizar cambios en el proceso que nos permitan alcanzar mejores niveles promedio de calidad, para lo cual hay que atacar las causas comunes más importantes. Por ejemplo, el traslado de un estudiante a su escuela, para eliminar las causas especiales tendría que ver cómo asegurar que el bus no sufra ni embotellamientos de tránsito, ni ponchaduras, etc, es decir acciones fuera del control del estudiante. Todas estas representan acciones de control que le ayudan a no llegar tarde, pero no le ayudan a reducir el tiempo invertido en el traslado. Para reducirlo y causar una diferencia en su calidad de vida debe atacar las causas comunes con acciones de mejora (...y con esto se cambiaría el sistema). En este ejemplo cambiarlo tendría que ver con cambiar la ubicación de su domicilio y vivir más cerca a la escuela, ir en automóvil en vez de bus o encontrar una nueva ruta más directa. (Guajardo, 1996, pp. 58-59)

Y con lo que respecta a las acciones de planeación de la calidad, aquí Juran propone que se trabaje para integrar los nuevos diseños de cambio pero de manera permanente a la operación normal del sistema, buscando asegurar que no se pierda de esta manera la nuevas experiencias ganadas. Estos cambios pueden surgir de acciones de mejora, de acciones de control o de rediseño, para satisfacer los nuevos requerimientos. (p. 59)

Por lo tanto, la trilogía de la calidad de Juran constituye un aprendizaje de la organización en sus procesos de calidad por ello que la mejora en la cobertura de Papanicolaou y la formas de lograrlo deben ser considerados como parte de la planeación de la calidad.

Para que un programa sea eficaz debe ser medido el grado con que una acción alcanza los resultados por ello dentro del desarrollo de la presente investigación se medirá la cobertura de Papanicolaou. A continuación se conceptualiza la cobertura como sus indicadores a ser la toma y los resultados de Papanicolaou y a considerar los números de muestras tomadas como el número de resultados emitidos. (Atkinson, 2005).

Conceptualización cobertura de Papanicolaou

La Organización Mundial de la Salud (2011) definió como cobertura al cálculo de la división entre el número de personas que reciben una intervención en salud, entre la población que cumple las condiciones para recibirla o la necesita.

Por ejemplo, la cobertura de la inmunización en niños de 1 año puede calcularse dividiendo el número de niños que han recibido una determinada vacuna entre la población total de niños de 1 año; y extrapolando este ejemplo a la presente estudio sobre cobertura de Papanicolaou, el denominador es el 27.5% de la población de mujeres de 21-64 años con resultados de Papanicolaou.

Dentro de los aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad en el Primer Nivel como parte del proyecto Multipaís Bolivia, Guatemala y Perú ejecutado en Lima –Perú (2012) se consideró que cobertura en salud deberá estar definida por el desarrollo de programas y acciones de atención en salud a partir de la asignación de recursos institucionales y a través de servicios continuos que den respuesta, equitativa e integral, a las necesidades identificadas a partir de perfiles epidemiológicos socioculturales locales.

Indicadores de cobertura de Papanicolaou

Para medir la variable cobertura de Papanicolaou se ha considerado como indicadores a la Toma de Papanicolaou y a los Resultados de Papanicolaou, resaltado respectivamente a Atkinson (2005) y a lo que dispone la Organización Mundial de la Salud (2007), teniendo como base los hallazgos de George Papanicolaou.

Conceptualización de toma de Papanicolaou: Atkinson, 2005, expresa que en 1928 el Dr. George Papanicolaou presentó su hallazgo de células tumorales en las secreciones vaginales de mujeres, permitiendo hasta la fecha con esta prueba, la detección precoz del cancer cérvico uterino.

La Organización Mundial de Salud (2007) en su Guía de prácticas

esenciales para el Control Integral del Cáncer cérvico uterino (p 121), definió como prueba de Papanicolaou a la toma de una muestra células del cuello uterino con una espátula o cepillo y la muestra se extiende sobre un portaobjetos y examina al microscopio en busca de células anómalas (precancerosas o cancerosas). (OMS, 2007, p. 121)

En la Guía de “Detección temprana del cáncer de Cuello Uterino en EsSalud” (2016), consigna como Citología Convencional o Papanicolaou (PAP) al método de estudio citológico utilizado para detectar alteraciones celulares relacionadas con lesiones pre malignas y malignas. Y al PAP como el examen de citología exfoliativa con técnica de Papanicolaou. (EsSalud, 2016, pp. 22 -23)

EsSalud (2016) en la Guía que se menciona en el párrafo anterior detalla el equipamiento, materiales e insumos mínimos para el tamizaje de cáncer de cuello uterino, además el procedimiento para la toma de muestra de citología del cuello uterino.

Item:

Número de muestras tomadas: es el número de frotis satisfactorio, satisfactorio con limitaciones, o no satisfactorio de muestras de Papanicolaou. (OMS, 2007)

Conceptualización de resultado de Papanicolaou: la Organización Mundial de la Salud (2007), mencionó que si la extensión de la toma de Papanicolaou contiene células epiteliales anómalas se notifica como resultado positivo y que la mayoría de las mujeres con resultados positivos deben someterse a pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico y determinar si es necesario administrar tratamiento.

Según la Guía Práctica “Detección temprana del cáncer de cuello uterino en EsSalud” (2016) se detalla el las técnicas de tamizaje de cáncer cérvico uterino, equipamiento, materiales e insumos mínimos para el tamizaje de cáncer de cuello uterino; además el procedimiento para la toma de muestra de citología del cuello uterino, la conservación, embalaje, transporte y remisión de muestras;

como la lectura e interpretación de los resultados, mencionando el sistema Bethesda.

Item:

Número de resultados emitidos: medido en cantidad. Para la lectura e interpretación en EsSalud se utiliza la nomenclatura del Sistema de Bethesda 2001.

Sistema BETHESDA:

Anormalidades de Células Epiteliales: (Essalud, 2016)

a. Células escamosas: (EsSalud 2016)

1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US: siglas en inglés).
2. Células escamosas atípicas, no se descarta lesión de alto grado (ASC-H)
3. Lesiones Escamosas Intra epiteliales de Bajo Grado (LIE BG), incluye:
 - Presencia de Papiloma Virus Humano (VPH).
 - Displasia Leve.
4. Lesiones Escamosas Intra epiteliales de Alto Grado (LIE AG), incluye:
 - Displasia Moderada.
 - Displasia Severa.
 - Carcinoma in situ.
 - Carcinoma de células escamosas.

b. Células glandulares: Anomalías de células glandulares atípicas (AGC: siglas en inglés) (EsSalud, 2016)

1.3. Justificación

Justificación teórica

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo convirtiéndose con ello en un verdadero problema en la salud pública, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce.

Ante ello, al desglosar los tipos de cánceres y enfocándolos en el género femenino, la Organización Mundial de la Salud señala que el cáncer cérvico uterino constituye el cuarto tipo de cáncer de envergadura femenina a nivel mundial y el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de los países menos desarrollados, siendo en el Perú consecutivo al cáncer de mama.

En un reporte la OMS informó que para el año 2012, existían unos quinientos mil casos de cáncer cérvico uterino nuevos a nivel mundial y que de esa cantidad, el 90% ocurren en países en vías de desarrollo. Razón por la cual se puede afirmar que el cáncer cérvico uterino es la forma más frecuente de cáncer en las mujeres sólo del tercer mundo y el riesgo de enfermedad como de muerte por estas lesiones precursoras de alto riesgo sigue sin control en los países en vías de desarrollo por falta de programas de screening o por la inoperancia de los mismos

Concomitantemente a ello, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), miembro de la Organización Mundial de la Salud ha estimado que el número de casos esperados de Cáncer cérvico uterino en la población femenina de Perú en el año 2000 fue de 4101, y que este número se incrementará a 7469 en el año 2020.

Por todas estas razones, es menester considerar por su importante justificación teórica que se aprecia, el desarrollo de trabajos de investigación como el que se presenta con este estudio porque aborda un problema de salud pública que flagela la calidad de vida de miles de mujeres en el mundo por ende en nuestro país; además servirá con sus resultados, para que las incidencias que se detallan en fríos números se reconozca cada número como una vida de un ser

humano, mujeres que fallecen por cáncer cérvico-uterino y más aún si se resalta que pudieron ser evitadas con la sola implantación de estrategias de gestión de servicios de salud como son los planes de intervención, planes que deben ser ejecutados con inmediatez, sin demora alguna ante evidencias que demuestran coberturas escuetas, minúsculas, escasas, cortas, pocas, incipientes, o hasta con desidia, favoreciendo al aumento de la mortalidad femenina. Con este estudio por lo evidenciado como parte de la justificación teórica de este estudio se beneficia un establecimiento de EsSalud que pertenece a un país en vías de desarrollo, y si mejora las coberturas de Papanicolaou podríamos anhelar estar a la par en planes de intervención preventivos de salud de enfermedades que ya se evitan en países desarrollados con meritorias pruebas de screening.

Justificación práctica

Cabe resaltar que en los países desarrollados hace muchos años se inició con rigor, programas de citología cervical en todas las mujeres sexualmente activas y es por ello que han logrado una sustancial disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, por citar un ejemplo en Estados Unidos entre los años 1950 y 1970, se redujo en más del 70% debido a la aplicación de intervenciones efectivas. Por el contrario en las mujeres de los países cuyos programas de “screening” son inefectivos, la mayoría de los casos es diagnosticada en las etapas tardías de la enfermedad teniendo como resultado un tratamiento desafiante y de alto costo. Esta carga asistencial, netamente evitable, no ha sido evaluada o no ha merecido la atención que debiera.

Por lo que, aumentar la cobertura de mujeres con exámenes preventivos, es el desafío que el país debe continuar asumiendo con ímpetu, con la única finalidad en este caso, el de reducir la incidencia de cáncer cérvico-uterino; y más aún como se señaló en la justificación teórica con sus incidencias y en este caso justificación práctica sobre las experiencias de países que han ya sorteado esta morbi-mortalidad mediante la puesta en marcha de estrategias de intervención efectivas, de allí que el presente trabajo de investigación se debe considerar de suma importancia, a razón que demostrará si el “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” es una estrategia de gestión de los servicios de salud, que

genere incremento en la cobertura de tamizaje del Cáncer Cérvico Uterino y si con dicha herramienta de gestión, se podría mejorar un indicador de Salud Pública, más aún, y sin dejar de lado que el cáncer cérvico-uterino se transforma hasta en un problema de justicia social de costos hasta prohibitivos de cubrir.

Por tanto, si se logra una concientización y sensibilización de una real atención integral en el personal de salud sobre la necesidad de diagnósticos más precoces como lo constituye la toma de Papanicolaou, y al fortalecer por ende los conceptos básicos del MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud) se revalorizaría lo tan y cuán importante es la “interconsulta” como actividad de salud y por qué no, más adelante sírvase como indicador de desempeño, al ser medible como producto del plan de intervención aplicado.

Por todo ello, el aporte de este trabajo de investigación es fundamental, porque permitirá contar con una herramienta de gestión para incrementar la cobertura de Papanicolaou y por ende disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino.

La información obtenida y procesada, permitirá motivar en diseñar otras estrategias de gestión para la disminución de morbi mortalidad diversa y consecuentemente tener una justicia en salud poblacional.

Además, la matriz que se utilizó para la recolección de los datos, la misma que fue aplicada por tres meses, podrá ser usada como instrumento de monitoreo y supervisión del logro en la cobertura en lo que respecta a la toma y resultado de Papanicolaou.

Se remarca a su vez como parte de la justificación práctica, que este estudio beneficiará no sólo a disminuir el cáncer cérvico uterino en la población femenina adscrita al establecimiento sede de la investigación, sino también beneficiará a los trabajadores profesionales médicos y profesionales obstetras hacia el logro de una atención con calidad al favorecer la consecución de sus objetivos y/o metas de las actividades de salud.

Justificación social

El contar con herramientas de gestión que ayudan a alcanzar mayor cobertura produce reducción de los indicadores negativos de salud y conlleva a obtener una población saludable.

El presente trabajo de investigación en concordancia con ello, y como parte de una justificación de envergadura social con esta índole de salud poblacional, se considera importante subrayar lo vertido en el Círculo de la Calidad de Deming y en la trilogía de la calidad de Juran que se detalló en la fundamentación científica del presente estudio, al extrapolar que si con un plan de intervención se logran los beneficios deseados según los objetivos planteados se debe sistematizar y sobre todo documentar las mejoras obtenidas y así asegurar que existirá una continuidad de los beneficios.

Por ello, al ser un estudio que tiene calidad de tesis permanecerá como bibliografía de marcos teóricos científicos de modelos de mejora en la calidad y como una estrategias de gestión de los servicios de salud peruano, validada con estadística inferencial descriptiva, garantizando que con su aplicación logramos objetivos institucionales y que su continuidad conlleva a una salud social al considerar que si existe salud femenina, existe salud familiar y por ende existe una sociedad saludable.

Problema

1.3.1. Planteamiento del problema

Según la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria a través de la Coordinación de Salud Reproductiva de la Red Asistencial Junín de EsSalud, el CAP III Mantaro en el año 2013 alcanzó una cobertura del 42% en el indicador Resultados de Papanicolaou concluyendo con ello que no se cubría ni al 50% de la población sujeta a ésta pesquisa siendo además un indicador de salud evaluado por FONAFE. Por ello y por ser un CAP con una basta población asignada no justificaba el no obtener metas de cobertura de esa índole.

Por ello, la presente investigación se realizó en el CAP III Mantaro de la Red Asistencial Junín de EsSalud el mismo que se encuentra ubicado en el Distrito de Huancayo siendo el distrito de mayor proyección económica y poblacional de Junín.

El CAP III Mantaro para el año 2013 tuvo una población adscrita de 14266 y para el año 2014 de 16,367.

Además el porcentaje de cobertura para el indicador resultados de Papanicolaou para el año 2013 fue 30% Y para el año 2014 fue 27.5% de la población asignada en el presente trabajo se ha considerado un porcentaje de 27.5%.

Por otro lado, en nuestro país, y específicamente el Sistema de Salud cuenta con la existencia de planes estratégicos con objetivos institucionales por cumplir, por ello es necesario que se adopten planes de intervención de acción inmediata para el logro de objetivos, y desde la Coordinación de Salud Reproductiva de la Red Asistencial Junín, se pudo apreciar la ausencia de estrategias que enfatizaran el cumplimiento de metas institucionales y por ende en beneficio hacia el logro de una Salud Pública. Por ello la importancia del presente estudio.

En lo expuesto radica la necesidad de indagar acerca de la cobertura de Papanicolaou y más aún si sabemos, según lo versado en la justificación del presente estudio, que el cáncer cérvico úterino es el segundo cáncer de envergadura femenina en nuestro país siendo este una morbi-mortalidad prevenible por lo que no debería existir argumentación alguna que justifique los altos índices de mortalidad en nuestro país.

Luego de lo vertido, en el presente Trabajo de Investigación se evidenciará si el Plan de Intervención “CACU compromiso de todos” constituye una estrategia de mejora en la cobertura de la Toma de Papanicolaou y por tanto, en la disminución del cáncer cérvico uterino tras la experiencia obtenida con su aplicación propiamente dicha en el CAP III Mantaro-EsSalud, Centro de Atención Primaria, donde a pesar de contar con un personal de salud idóneo, insumos y

material para la detección precoz del cáncer cérvico uterino, la cobertura de Papanicolaou sólo abarcaba 4 de 10.

1.3.2. Problema

Problema general.

¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III MANTARO – EsSalud.2014?

Problemas específicos.

Problema específico 1.

¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014?

Problema específico 2.

¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general.

Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1.

Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014

Objetivo específico 2.

Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014

1.5. Hipótesis**1.5.1 Hipótesis general.**

El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro –EsSalud. 2014.

1.5.2. Hipótesis específicas.

Hipótesis específica 1. El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

Hipótesis específica 2. El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el CAP III Mantaro –EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

II. Marco metodológico

2.1. Variables

En la presente investigación se establecieron como variables de estudio al “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” y a la cobertura de Papanicolaou. Ambas variables son de naturaleza cualitativa.

Definición conceptual.

Variable 1: Plan de Intervención.- Ortega *et al* (2013) lo definió como la propuesta ordenada de acciones que pretenden la solución de un problema que afecta a un individuo o grupo de individuos y en donde se plantea la magnitud, características, tipos, y periodos de los recursos requeridos para completar la solución propuesta dentro de las limitaciones técnicas, sociales, económicas y políticas en las cuales se desenvolverá el proyecto.

Variable 2: Cobertura de Papanicolaou.- La Organización Mundial de la Salud (2011) es la medida de las intervenciones sanitarias que resulta de dividir el número de personas que reciben una intervención definida, entre la población que cumple las condiciones para recibirla o la necesita.

Operacionalización de las variables.

La variable dependiente, cobertura de Papanicolaou, tiene como dimensión: Intervención Sanitaria de Papanicolaou; como indicadores: (a) toma de Papanicolaou y, (b) resultados de Papanicolaou; como ítems o preguntas: (a) número de muestras tomadas y, (b) número de resultados emitidos; como escala de valores o escala de medición: cobertura siendo: (a) cobertura 2013 y, (b) cobertura 2014, siendo el instrumento de medición la ficha de recolección de datos.

Tabla 1

Organización del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”

Objetivo	Estrategia	Actividades	Temporalidad
- Involucrar al personal de salud.	- Sensibilizar al personal de salud sobre el “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”	- Reunión con los directivos del establecimiento de salud para brindar información sobre el diagnóstico a nivel macro gerencial y de gestión para la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” - Reunión con el personal asistencial para brindar información sobre el diagnóstico asistencial en relación al “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” - Reunión con el personal administrativo para brindar información sobre la importancia del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”	- Mensual - Mensual - Mensual
- Promoción y difusión en las usuarias.	- Sensibilizar a las usuarias.	- Banner colocados estratégicamente en lugares visibles del establecimiento como ser puerta de ingreso y áreas cercanas al consultorio de toma de Papanicolaou. - Trípticos informativos sobre la prevención del cáncer cérvico uterino con los rostros de las obstetras que trabajan en el establecimiento sede. - Afiches informativos sobre la prevención del cáncer cérvico uterino.	- Diario - Diario - Diario
- Operativización del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”	- Capacitación acerca de la nueva forma de registro de números de tomas de Papanicolaou.	- Elaboración de la matriz de registro de tomas de Papanicolaou reconocida como la matriz de monitoreo y evaluación del Plan de Intervención. - Explicación del uso del nuevo modelo de interconsulta. - Explicación de la nueva forma de evaluación de desempeño según matriz de registro de tomas de Papanicolaou.	- 2sem.antes. - 2sem.antes - 2sem.antes.
- Incrementar la cobertura de Papanicolaou.	- Citas directas - Interconsultas	- Registro de la toma de Papanicolaou al finalizar todas las atenciones, en coordinación con el personal administrativo de módulo. - Imprimir y repartir el nuevo modelo de interconsulta. - Registro y conteo en la matriz del plan de intervención de los Papanicolaou tomados con los nombres de los médicos que realizan la interconsulta, dicha información sería de envió semanal al jefe del establecimiento.	- Diario - Diario - Diario

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable cobertura de Papanicolaou

Dimensión	Indicadores	Items	Cobertura
- Intervención sanitaria de Papanicolaou	- Toma de Papanicolaou	- Número de muestras tomadas.	- 2013
	- Resultado de Papanicolaou	- Número de resultados emitidos.	- 2014

2.3. Metodología

El trabajo se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo pues se basó en la recolección de datos para probar hipótesis, en función de una medición numérica y el respectivo análisis estadístico, para probar teorías al determinar interacciones causa-efecto entre variables. (Hernández, Fernandez y Baptista, 2010).

Por lo expuesto el método usado fue el hipotético deductivo, que es la base de toda investigación científica. Se realizó la observación del fenómeno a estudiar, en base a las cuales se plantearon los problemas e hipótesis respectivas y luego del análisis correspondiente se verificó y comprobó la verdad de los enunciados deducidos. Este método combina la reflexión racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad (la observación y la verificación) (Lorenzano, 1994).

2.4. Tipo de investigación

La investigación fue aplicada, de nivel explicativo según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2010).

Los estudios aplicados son los que solucionan problemas prácticos.

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o

sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables.

2.5. Diseño de estudio

El diseño del presente estudio es experimental, tipo pre experimental y se consigna dentro del diseño de preprueba/posprueba con un solo grupo.

Este tipo de diseño se diagrama así:

G 01 X 02

Este diseño fue elegido porque en sintonía con el presente estudio se tiene un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en la variable dependiente antes del estímulo, que según el presente estudio es el “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”. Es decir, era meritorio instaurar un seguimiento del grupo.

Por otro lado, según la bibliografía revisada, los diseños preexperimentales no son adecuados para el establecimiento de relaciones causales porque se muestran vulnerables en cuanto a la posibilidad de control y validez interna (ejemplo de invalidez interna, la historia). (Hernández, Fernandez y Baptista, 2010, p. 136).

Algunos autores consideran que los estudios pre experimentales deben usarse como ensayos de otros experimentos con mayor control, al plantear claramente que los estudios son pre experimentales y no experimentales, porque su grado control es mínimo sin dejar de lado que son útiles como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad. (Hernández, Fernandez y Baptista, 2010, p. 136).

2.6. Población, muestra y muestreo

Población y muestra: la población fue censal estuvo conformada por la totalidad de profesionales médicos y profesionales Obstetras del CAP III Mantaro que laboraban en el año 2014 durante los meses de Enero a Marzo.

- Profesionales Médicos: 05
- Profesionales Obstetras: 02

Criterios de inclusión. Ser profesional Médico y ser profesional Obstetra que labore en el CAP III Mantaro de la Red Asistencial Junín.

Criterios de Exclusión. Profesional Médico o Profesional Obstetra de vacaciones.

Muestreo

Se ha usado una muestra no probabilística intencional debido a que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de la investigadora en cuestión y, desde luego, las muestra seleccionada obedecen a los criterios de investigación

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica usada fue la revisión documental y el instrumento de procesamiento de datos utilizada en la presente investigación fue la ficha de recolección de datos que es un instrumento de elaboración propia.

La ficha de recolección de datos en mención estaba subdivida para medir el número de muestras tomadas de Papanicolaou como el número de resultados emitidos con la finalidad de medir el indicador toma de Papanicolaou como el indicador resultado de Papanicolaou respectivamente. Esta medida se desarrolló de forma mensual durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2014.

2.8. Validación y confiabilidad de los instrumentos

Validación de los instrumentos

Para determinar la validez del instrumento, se lo sometió a consideraciones de juicio de expertos. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), el juicio de

expertos consiste en preguntar a personas expertas acerca de la pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia de cada uno de los ítems.

Tabla 3

Validez de los instrumento, según expertos

Experto	cobertura de Papanicolaou				Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia	
Juez 1	Si	Si	Si	Si	Aplicable
Juez 2	Si	Si	Si	Si	Aplicable
Juez 3	Si	Si	Si	Si	Aplicable

En función del resultado obtenido del juicio de expertos, que consideraron los instrumentos aplicables se asumió que los instrumentos eran válidos en contenido como con alta confiabilidad, por lo que se procedió a su aplicación.

2.8. Método de recolección y análisis de datos

Método de recolección de datos: Se inició con la aplicación de los instrumentos, siguiendo las indicaciones establecidas en las respectivas fichas técnicas. Posteriormente, con los datos obtenidos se elaboró la matriz de datos, se transformaron los valores según las escalas establecidas y se procedió con el debido análisis, con la finalidad de presentar las conclusiones y recomendaciones y de esta manera preparar el informe final.

Método de análisis de datos: Se elaboró la matriz de datos, se describieron los datos mediante tablas de resumen de resultados, se presentaron las frecuencias y porcentajes de la categoría o dimensión. Y se analizó e integraron los datos comparando los datos obtenidos con los del año anterior. Los procedimientos estadísticos se hicieron en el programa SPSS 21.0 para Windows XP y el EXCEL.

Debido a que los ítems de los indicadores de la variable cobertura de Papanicolaou fueron cuantitativas, se empleó para la contrastación de las hipótesis la estadística descriptiva inferencial utilizándose una prueba paramétrica

como la prueba t, considerando que el presente estudio tiene una población censal de distribución normal.

Además si denotamos que las pruebas paramétricas tienen mayor capacidad para conducir a rechazar la hipótesis nula (H_0), se planteó esta contrastación con la finalidad de demostrar que la hipótesis nula es cierta y por ende los resultados son fiables y por ende confiables.

III. Resultados

3.1. Prueba de normalidad

H_0 : Que los datos provienen de una distribución normal.

H_1 : Que los datos no provienen de una distribución normal.

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión:

Si $p \geq \alpha$, se acepta H_0 ; Si $p < \alpha$, se rechaza H_0

Tabla 4

Prueba de normalidad: Cobertura de Papanicolaou

		RP_pre-t	RP_pos-t
N		3	3
Parámetros	Media	52,33	127,33
Normales	Desviación estándar	4,041	2,517
Máximas diferencias	Absoluta	,232	,219
Extremas	Positivo	,192	,219
	Negativo	-,232	-,189
Estadístico de prueba		,232	,219
Sig. Asintótica (bilateral)		c,d	c,d

Interpretación: Dado que el valor de significancia fue $0.219 \geq \alpha=0,05$, se acepta la H_0 , es decir los datos presentan una distribución normal.

Tabla 5

Prueba de normalidad: Toma de Papanicolaou

		toma_pre-t	toma_pos-t
N		3	3
Parámetros normales ^{a,b}	Media	190,33	418,00
	Desviación estándar	33,561	50,685
Máximas Diferencias	Absoluta	,194	,298
	Positivo	,194	,298
Extremas	Negativo	-,183	-,215
Estadístico de prueba		,194	,298
Sig. asintótica (bilateral)		c,d	c,d

Interpretación: Dado que el valor de significancia fue $0.298 \geq \alpha=0,05$, se acepta la H_0 , es decir los datos presentan una distribución normal.

Tabla 6

Prueba de normalidad: Resultados de Papanicolaou

		Resultados_pre-t	Resultados_pos-t
N		3	3
Parámetros normales ^{a,b}	Media	172,00	477,33
	Desviación estándar	13,115	152,215
Máximas diferencias	Absoluta	,227	,191
Extremas	Positivo	,190	,191
	Negativo	-,227	-,182
Estadístico de prueba		,227	,191
Sig. (bilateral)	Asintótica	. ^{c,d}	. ^{c,d}

Interpretación: Dado que el valor de significancia fue $0.191 \geq \alpha=0,05$, se acepta la H_0 , es decir los datos presentan una distribución normal.

3.2.Resultados descriptivos

Tabla 7

Cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

Cobertura Papanicolaou (pre-t)			Cobertura Papanicolaou (pos-t)		
Fr	Pobl. a coberturar	%	Fr	Pobl. a coberturar	%
172	327	53%	477	375	127%

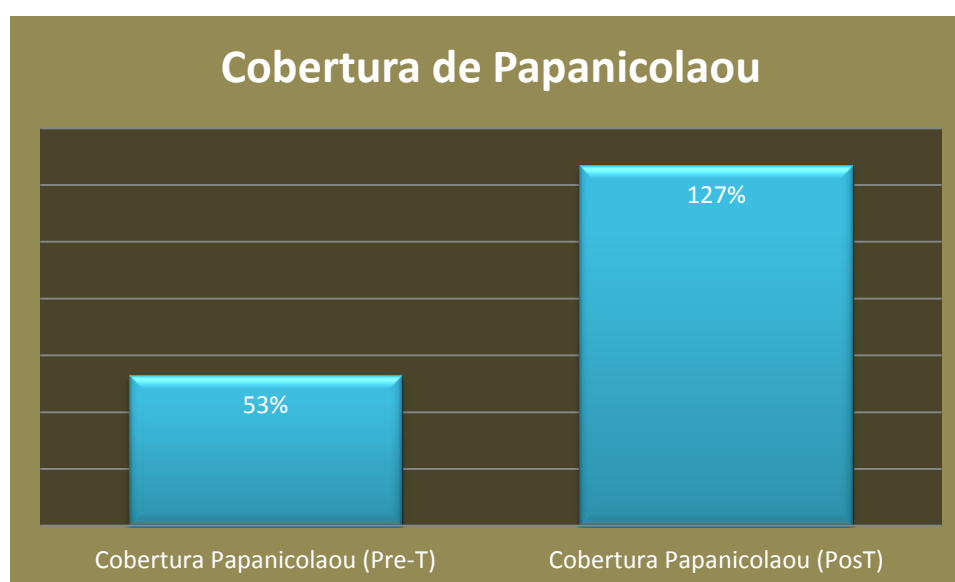


Figura 1. Cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

En la tabla 7 y figura 1 se observó que por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se logró una cobertura de Papanicolaou de 127% es decir se incrementó en un 74% más, lo que estaría evidenciando la importancia del Plan aplicado como estrategia de gestión para alcanzar una prioridad sanitaria de EsSalud como es la prevención del cáncer cérvico uterino. Además con estos resultados se resalta que luego de la aplicación del “Plan de Intervención se superaron las metas mensuales establecidas para el CAP III Mantaro en un 27%.

Tabla 8

Cobertura de la toma de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

	No. Muestras tomadas (pre-t) Fr	Cobertura de toma de PAP (pre-t) %	No. Muestras tomadas (pos-t) Fr	Cobertura de toma de PAP (pos-t) %
Enero	158	48%	401	107%
Febrero	225	69%	475	127%
Marzo	188	57%	378	101%

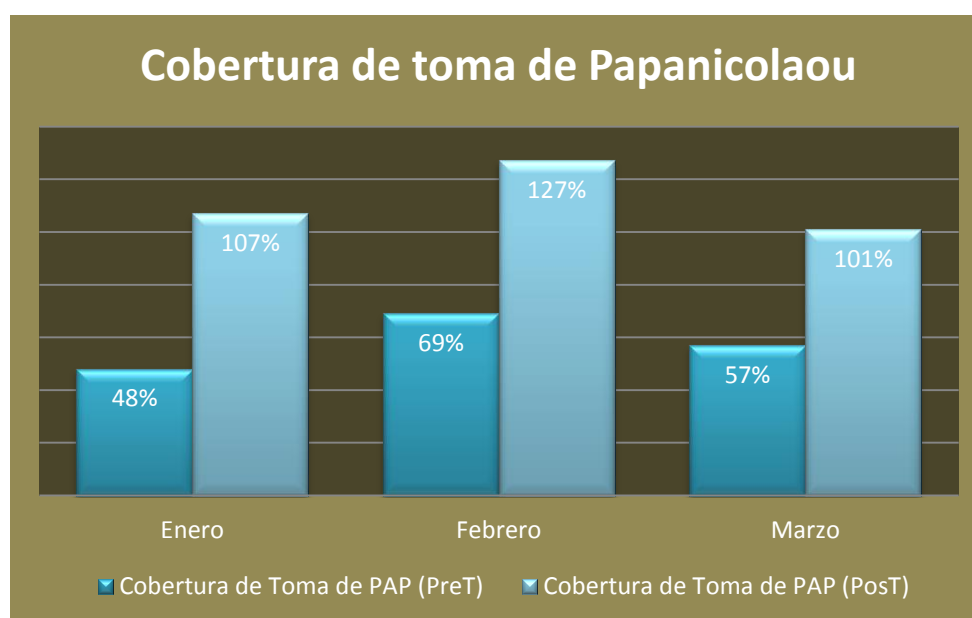


Figura 2. Cobertura de la toma de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

En la tabla 8 y figura 2 se observó que después de la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se logró alcanzar una cobertura en toma de Papanicolaou de un 59% más en el mes de enero, en un 58% más en el mes de febrero y en un 44% más en el mes de Marzo, lo que estaría evidenciando la importancia del Plan aplicado como estrategia de gestión para alcanzar una prioridad sanitaria de EsSalud como es la prevención del cáncer cérvico uterino.

Tabla 9

Cobertura de los resultados de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

	No. resultados emitidos (pre-t)	Cobertura de resultados de PAP (pre-t) %	No. resultados emitidos (pos-t)	Cobertura de resultados de PAP (pos-t) %
	Fr	%	Fr	%
Enero	158	48%	477	127%
Febrero	174	53%	487	130%
Marzo	184	56%	468	125%

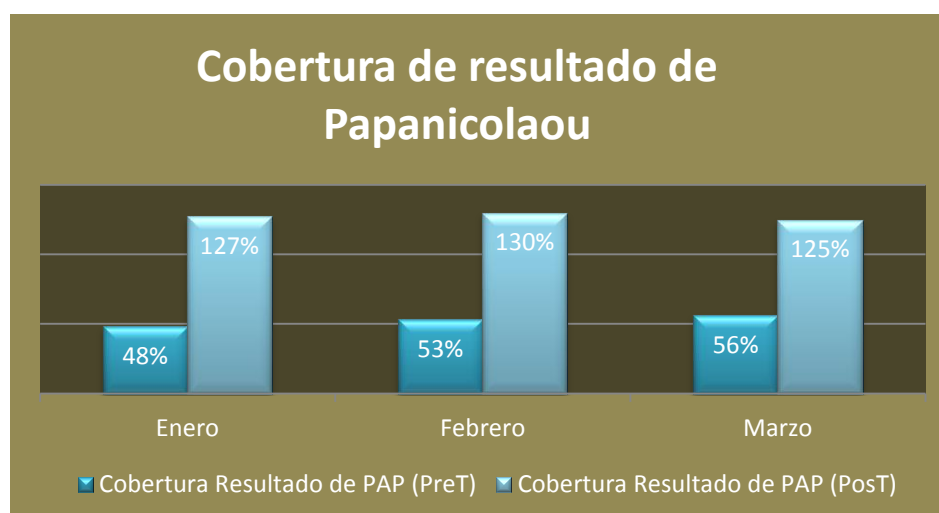


Figura 3. Cobertura de los resultados de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

En la tabla 9 y figura 3 se observó que después de la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se logró alcanzar una cobertura en resultados de Papanicolaou de un 79% más en el mes de enero, en un 77% más en el mes de febrero y en un 69% más en el mes de Marzo, lo que estaría evidenciando la importancia del Plan aplicado como estrategia de gestión para alcanzar una prioridad sanitaria de EsSalud como es la prevención del cáncer cérvico uterino.

3.3. Contrastación de las hipótesis

Hipótesis General

Ho. No existe mejora en la cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

Hi. Existe mejora en la cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, se acepta H_0 ; Si $p < \alpha$, se rechaza H_0

Prueba de estadística: Prueba T

Tabla 10

Contrastación de hipótesis: Cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”. CAP III Mantaro. EsSalud. Enero a Marzo 2014.

		Diferencias emparejadas						
				95% de intervalo		t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	diferencia			
					Inferior Superior			
Par 1	RP_Pre - RP_Post	-75,000	5,292	3,055	-88,145 -61,855	-24,550	2	,002

En la tabla 10, se observó que el valor sig = 0.002 fue menor a $\alpha = 0.05$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, es decir que, existe mejora en la cobertura de Papanicolaou por la aplicación del Plan de Intervención “CACU Compromiso de todos” en el CAP III Mantaro durante los meses de enero a marzo del 2014.

Hipótesis Específica 1

Ho. No existe mejora en la cobertura de toma de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

Hi. Existe mejora en la cobertura de toma de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, se acepta H_0 ; Si $p < \alpha$, se rechaza H_0

Prueba de estadística: Prueba T

Tabla 11

Contrastación de hipótesis: Cobertura de toma de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”. CAP III Mantaro. EsSalud. Enero a Marzo 2014.

		Diferencias emparejadas						
		Desv.	Desv.	95% de intervalo de confianza				Sig.
		Desviació	Error	de la diferencia				(bilater
	Media	n	promedio	Inferior	Superior	t	gl	al)
Par 1	Toma_Pret - Toma_Post	-227,66667	32,80752	18,94143	-309,16506 -146,16827	-12,020	2	,007

En la tabla 11, se observó que el valor sig = 0.007 fue menor a $\alpha = 0.05$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, es decir que, existe mejora en la cobertura de toma de Papanicolaou por la aplicación del Plan de Intervención “CACU Compromiso de todos” en el CAP III Mantaro durante los meses de enero a marzo del 2014 .

Hipótesis Específica 2

Ho. No existe mejora en la cobertura resultado de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014..

Hi. Existe mejora en la cobertura resultado de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, se acepta H_0 ; Si $p < \alpha$, se rechaza H_0

Prueba de estadística: Prueba T

Tabla 12

Constrastación de hipótesis: Cobertura de resultado de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”. CAP III Mantaro. EsSalud. Enero a Marzo 2014.

		Diferencias emparejadas							
				Desv.	95% de intervalo de				Sig.
			Desv.	Error	confianza de la				(bilat
		Media	Desviación	promedio	diferencia		t	gl	eral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Resultados_	-305,33333	18,71719	10,80638	-351,82942	-	-	2	,001
	PreT -					258,837	28,255		
	Resultados_					25			
	Post								

En la tabla 12, se observó que el valor sig = 0.001 fue menor a $\alpha = 0.05$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, es decir que, existe mejora en la cobertura de resultados de Papanicolaou por la aplicación del Plan de Intervención “CACU Compromiso de todos” en el CAP III Mantaro durante los meses de enero a marzo del 2014.

IV. Discusión

En la presente investigación los datos encontrados, procesados y analizados evidenciaron que el “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” logró un aumento en la cobertura de Papanicolaou en las mujeres sujetas a ser tamizadas al denotar que en el mes de enero en lo que respecta a la toma de Papanicolaou se logró un 7% más del total de cobertura, en febrero un 27% más, y en marzo un 1% más. Además en los resultados de Papanicolaou se logró para el mes de enero 27% más del total de cobertura, el 30% más en febrero y en marzo el 25% más.

Por lo que al final podemos concluir que la cobertura de Papanicolaou fue en un 27% más del total de cobertura durante los tres meses estudiados, y en un 74% más comparado al pre-t o al año anterior a su aplicación.

Con ello se puede manifestar que la puesta en marcha de un Plan de Intervención donde la interconsulta es el pilar para el logro de coberturas y de una atención integral en salud, hace que el personal de salud labore con la motivación hacia el logro de objetivos institucionales en beneficio de la salud pública tan igual como lo expresan las conclusiones del estudio ejecutado por Salas, Guzmán y Cazor (Chile-2005) al realizar la investigación *Estrategias efectivas para aumentar la cobertura del Papanicolaou en el programa de detección del cáncer cérvico uterino* donde pudieron concluir que el aumento de las coberturas de Papanicolaou depende de múltiples factores donde se destaca la motivación de los equipos de salud, en especial de la profesional matrona, así como de una red de apoyo interdisciplinario y comunitaria destinada a captar mujeres, y el concepto de auto-cuidado que tenga internalizado cada mujer. El objetivo de ese trabajo fue dar a conocer estrategias de salud pública que permitieron aumentar la cobertura del Papanicolaou en mujeres beneficiarias en un 12 y 8% en los Servicios de Salud Valdivia y Metropolitano Norte y en el presente estudio el logro fue mayor en un 27% del total y en un 74% más que el pre-T.

Además se puede comparar el presente estudio realizado con el de Wood de Madrid y Donaji Mojica (Panamá- 2010), ellos realizaron la investigación *Grado de participación en la captación para Toma de Papanicolao*, cuyo objetivo fue lograr que el equipo multidisciplinario participe activamente en la captación de

mujeres con inicio de vida sexual, para la toma de Papanicolaou, teniendo como metodología la capacitación a un grupo seleccionado de 46 funcionarios de un Policentro de salud, que brinda atención directa a las usuarias, sobre la cobertura de Toma de Papanicolaou, luego se les detalló por escrito el compromiso de cada uno dentro de su departamento con el objetivo de captar y referir el mayor número de mujeres para la Toma de Papanicolaou. Llegando a obtener como resultados el lograr capacitar al 87,5% de los funcionarios seleccionados, elaborar un flujograma de atención de pacientes que demandan la toma de Papanicolaou, y el logro en la toma de Papanicolaou fue del 63% más de Papanicolaou con respecto al año anterior para un mismo período y se confeccionó una tarjeta que llevará luego el control de la toma de Papanicolaou para un monitoreo más efectivo.

Al comparar sus hallazgos con el presente estudio podemos resaltar que con el “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se revalora y se resalta la importancia de la tan simple pero elemental “interconsulta” y por ende como se repite en el logro con ella de una atención integral de salud, con ello podemos alcanzar coberturas mucho mayores como ser el de 74% más en comparación al año anterior a la aplicación del Plan de Intervención en mención.

Es válido detallar que para el inicio del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se cumplió primero con la capacitación del personal sujeto a ser muestra del estudio, difusión que constó con la difusión del Plan a través de la impresión respectiva y sensibilización del Plan propiamente dicho, que se convirtió en un objetivo estratégico a nivel Red Asistencial Junín – EsSalud, se sensibilizó para el logro de metas institucionales al mencionar que la prevención del cáncer cérvico uterino es un compromiso de todos y es una prioridad sanitaria en EsSalud dentro de las cuatro consideradas por FONAFE como son: Cáncer mamario, Cáncer cérvico uterino, Síndrome metabólico y la Enfermedad Renal Crónica

Además, se les señaló que el cáncer cérvico uterino en etapas preventivas manifiesta ausencia de sintomatología y que la mujer sujeta por edad a la prevención correspondiente, no lo toma en consideración al no manifestar ni dolor, u otro signo o síntoma, por ello la importancia de su captación como la de su

acompañante-mujer, y así realizar la respectiva derivación como parte del paquete de atención de la cartera de salud de EsSalud que se le ofrece a toda asegurada y más si estos paquetes se dividen por grupo etareo, más aún si con este accionar se daría cumplimiento a las actividades de salud del Plan Operativo Institucional.

Por otro lado, se les brindó un nuevo modelo de interconsulta mucho más factible de manejo y de mensajes con sensibilización para la paciente sobre el “compromiso de todos”; y al personal profesional médico y al profesional obstetra se les mencionó que el conteo de las muestras tomadas serán ingresadas en una matriz donde el nombre del profesional se reportará diariamente a la Red Asistencial de Salud específicamente a la Coordinación de Salud Reproductiva, para la felicitación o toma de medidas correctivas ante el compromiso que se asuma como personal de salud y no personal de enfermedad.

Se apreció que el personal médico del establecimiento en estudio, CAP III Mantaro, ideó hasta estrategias personales como ser no sólo la derivación vía invitación y entrega de la orden de interconsulta, sino que hubo casos que detenían el Documento Nacional de Identidad (DNI) para asegurar la toma de Papanicolaou por parte de la paciente. Estrategia que fue felicitada por las mismas pacientes al denotar que su médico se preocupaba por su salud.

Por otro lado se logró que a nivel Red Asistencial de Salud, la atención para la toma de Papanicolaou fuera directa, y en el establecimiento sujeto a estudio se cumplió esta medida, facilitada desde el personal de admisión ante la educación hacia la paciente que el pase era directo, sin colas, y sin registro en la ventanilla de admisión, bastaba que la paciente acudiera al consultorio de Obstetricia y la toma de Papanicolaou se ejecutaba en minutos de espera. Al final la profesional Obstetra realizaba el baseado de su información de atención de tomas de muestras realizadas de Papanicolaou y luego la sumatoria del día con respecto a esta actividad de salud y la correspondiente información la enviaba a nivel cabecera de Red Asistencial Junín-Coordinación de Salud Reproductiva.

Este trabajo realizado fue un verdadero compromiso de todos, donde si bien es cierto surgió como idea primaria de la autora de este trabajo de investigación, se puede concluir que el trabajo fue de todos, hasta del personal de

seguridad con el que se pudo dialogar y preguntar si sabía si existía el Plan de Intervención “CACU compromiso de todos, y ellos, siendo personal de seguridad de las puertas de entrada del CAP III Mantaro, sabían en qué consistía gracias a los banner que con presupuesto destinado desde nivel central (Lima) se logró realizar, los mismos que se colocaron en puntos estratégicos del establecimiento sede del estudio, como en todos los establecimientos de la Red Asistencial Junín – EsSalud, tanto en el primer nivel como en el segundo piso del establecimiento en sí.

Se sumaban a estos banner informativos, los trípticos que no eran con rostros desconocidos, sino con las fotos de los rostros de los profesionales quienes tomarían la muestra de Papanicolaou, así la población reconocía al profesional Obstetra que labora en el establecimiento y bastaba ver su foto y solicitarle una consulta de Toma de Papanicolaou al instante.

Al personal profesional de salud se les brindó Pines o solaperos, con la frase, “Soy Obstetra me preocupo por tu salud” Toma de PAP, así se motivaba al personal en su compromiso, y eran identificados por la población.

Además se puede resaltar que al igual que Salas, Guzmán y Cazor (Chile-2005) en su estudio sobre *Estrategias efectivas para aumentar la cobertura del Papanicolaou en el programa de detección del cáncer cérvico uterino* usaron un sistema informático denominándolo “cito-expert” en la red de atención primaria y unidad de patología cervical (UPC), en la Red Asistencial Junín-EsSalud existía antes de la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” un sistema operativo computarizado semejante al del aplicado en el país fronterizo de Chile; y sobre todo se debe expresar que éste sistema operativo computarizado ya se daba aplicación en la mayoría de los establecimientos de salud de la Red Asistencial Junín, incluyéndose en este caso al CAP III Mantaro, pero con la nueva Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva se logró que este sistema se operativice a nivel de toda la Red Asistencial Junín-EsSalud y más aún que el basado de los resultados estén en el Sistema Informático en un plazo máximo de 5 a 7 días, en comparación a la demora que existía antes de la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” siendo generalmente 45 días y

en ocasiones dos meses, remarcando que las pacientes aseguradas usuarias de este tipo de atenciones en salud preferían a otros establecimientos como ser del Ministerio de Salud donde los resultados eran brindados en un menor tiempo y de forma gratuita o de bajo costo por ser el Ministerio de Salud un sistema público cuyo costo en salud es el menor dentro del Sistema de Salud Peruano.

Este punto se considera necesario detallarlo, no por el hecho de que ya existía el sistema informático sino por el logro al que se llegó al motivar y comprometer al personal de Patología incluyendo al profesional Tecnólogo médico en las reuniones de gestión que se tuvieron en los días de monitoreo y supervisión como con la Gerencia de la Red y la Jefatura de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria; y por ende se complementa lo que Wood de Madrid y Donaji Mojica (Panamá- 2010) en su estudio sobre el *Grado de participación en la captación para Toma de Papanicolao*, investigación de tipo descriptivo, transversal, donde concluyen al igual que con este estudio pre experimental que el recurso humano de cualquier organización juega un papel importante para lograr los objetivos de la institución y que es importante mantenerlos motivados y capacitados en relación a los proyectos a seguir.

Wood de Madrid y Donaji Mojica (Panamá- 2010), confeccionaron una tarjeta con la que llevaron luego el control de la toma de Papanicolau para un monitoreo más efectivo; y Salas, Guzmán y Cazor (Chile-2005), confeccionaron una planilla automática de cálculo de coberturas de PAP, pudiendo decir al respecto que al igual que ambos estudios se tuvo que hacer, antes de la aplicación del “Plan de Intervención CACU Compromiso de Todos”, matrices de Monitoreo y Supervisión subrayándose a una en especial que fue de difusión a nivel Red Asistencial vía correo electrónico y expuesta en las dos reuniones de gestión que se realizaron de manera previa a la puesta en marcha del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”, cuyo público objetivo fue todo el personal profesional Obstetra de la Red Asistencial Junín donde acudieron las dos profesionales Obstetras del CAP III Mantaro sin saber para ese entonces que serían las que estarían luego elegidas para mostrar a nivel de trabajo de investigación sus logros alcanzados por el valor del trabajo en equipo y

compromiso institucional tras la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de Todos” (Ver matriz en Anexo)

Acera Pérez, Amelia ejecutó en España la investigación (2016) en calidad de tesis de doctorado donde plantea resultados en relación al estudio CRICERVA titulándolo como “*Evaluación de tres estrategias para la captación de mujeres con cribado incorrecto de cáncer de cérvix: Estudio CRICERVA*”, donde se aprecia una mayor calidad de las atenciones en salud con la estrategia de ejecutar una llamada telefónica 3 días antes de la cita fijada; si este accionar lo comparamos con el estudio que se realizó en el CAP III Mantaro se puede expresar que cuando el trabajo es de lograr el empoderamiento de la comunidad hacia su salud y más si se le brinda las facilidades para que esto ocurra la paciente candidata de estos tipos de screening acude a los consultorios de servicios de atención primaria correspondientes, como lo hicieron las pacientes del CAP III Mantaro al brindarles de mano a mano la interconsulta para el despistaje en el mismo día.

Es primordial en este momento el señalar que fueron varios los establecimientos de la Red Asistencial Junín que lograron mejoras en sus coberturas de los resultados de Toma Papanicolaou a nivel Red Asistencial, por ello la importancia que tuvo el exponer este Plan de Intervención a nivel de la Reunión Nacional de Gestión donde se tuvo el honor de exponerlo junto con el Jefe médico de Patología del Hospital Ramiro Prialé de EsSalud Huancayo.

Con todo ello, podemos definir que tras el logro de estas coberturas está un arduo trabajo de promoción de salud, más el apoyo en el monitoreo y la supervisión por parte del médico jefe del establecimiento-sede, como de la Gerencia de la Red Asistencial Junín.

En resumen se puede manifestar que todo buen resultado se basa en cuan motivado esté el recurso humano y en su revalorización dándole énfasis en situarlos siempre en el centro del éxito para vencer flagelos de la salud como es en este caso el cáncer cérvico uterino, tan igual a lo que concluye Wood de Madrid y Donaji Mojica (Panamá- 2010) con su estudio *Grado de participación en la captación para Toma de Papanicolaou* donde con la motivación y la capacitación al personal logran aumentar la toma de Papanicolaou en un

porcentaje cercano aunque menor al que se desarrolló con este estudio en el CAP III Mantaro de EsSalud en el primer trimestre del 2014 comparándolo con lo encontrado un año anterior a la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos”.

V. Conclusiones

Primera

El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro-EsSalud durante los meses de enero a marzo del año 2014. (Sig= 0.002 < 0.05). La cobertura de Papanicolaou en este trimestre se incrementó en un 74% lográndose superar la meta en un 27%.

Segunda

El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro-EsSalud durante los meses de enero a marzo del año 2014. (Sig= 0.007 < 0.05). En un 59% más en el mes de enero, 58% más en el mes de febrero y en un 44% más en el mes de marzo.

Tercera

El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el CAP III Mantaro-EsSalud durante los meses de enero a marzo del año 2014. (Sig = 0.001 < 0.05). En un 79% más en el mes de enero, en un 77% más en el mes de febrero, y en un 69% más en el mes de marzo.

VI. Recomendaciones

Primera

Conservar el trabajo coordinado y ejecutado a nivel de la Red Asistencial Junín- EsSalud alcanzado a través de este Plan de Intervención “CACU compromiso de todos” o conservarlo como antecedente de gestión, considerando la matriz instrumento del plan en si, como estrategia de monitoreo y supervisión mensual para el logro de mayores coberturas en Papanicolaou, pudiéndose mejorarse tanto el plan como la matriz dando siempre cabida con ello, a la mejora continua que debe existir en toda institución, y que debe ser parte de la búsqueda constante de todo buen gestor-lider. De considerarse esta primera recomendación, el gestor-lider del CAP III Mantaro podrá fortalecer una sistematización de este “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” asumiéndola como una experiencia exitosa institucional, digna de una válida retroalimentación constante.

Segunda

Tomar como base al presente estudio para generar otros planes de intervención u otros estudios de investigación donde el objetivo sea el mejorar la cobertura de la toma de Papanicolaou sabiendo que la motivación del personal profesional Obstetra, es la base para el logro de objetivos institucionales y que por ser el profesional Obstetra la mano de obra primaria en la toma de Papanicolaou deben contar con un ambiente propicio para una atención con calidad y calidez sin dejar de lado que al aumentar las coberturas en toma de Papanicolaou, la correcta cantidad de recurso humano obstetra es indispensable en la prevención del cáncer cérvico Uterino.

Tercera

Tomar como base al presente estudio para considerar que el personal profesional médico patólogo y tecnólogo médico son parte del equipo para el logro de la mejora en la cobertura de resultado de Papanicolaou, los mismos que deben estar en la cantidad suficiente como en los horarios necesarios para salvaguardar el correcto baseado de la información en el sistema de data de Papanicolaou operativo – informático a nivel Red Asistencial.

VII. Referencias

- Acerca, A. (2016). *Evaluación de tres estrategias para la captación de mujeres con cribado incorrecto de cáncer de cérvix: Estudio CRICERVA*. (Tesis de Doctorado, Universidad de Barcelona). España. Recuperado de: www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/398960/AAP_TESIS.pdf?sequence=1
- Atkinson, B. (2005). *Atlas de diagnóstico citopatológico*. España: Elsevier.
- Baca, G. (2001). *Evaluación de proyectos*. México. Editorial McGRAW-HILL.
- Beltrán, M. (2010) *Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2009*. (Tesis de grado) Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- Cabrera L., y González M. (s.f) La intervención educativa y social: Elaboración de proyectos. Federación Canaria de desarrollo social. Recuperado de <https://practicaescolar.wikispaces.com/file/view/Lidia+Cabrera+proyectos+de+intervenci%C3%B3n.pdf>
- Centro Yanapanañakusun. (2010). *Manual de Gestión de Proyectos*. Perú. El autor.
- EsSalud (2016). Guía Práctica *Detección temprana del cáncer de cuello uterino en EsSalud*. Perú. El autor.
- EsSalud. (2011). Guía práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Perú. El autor.
- Facal, T. (2015). *Guía para elaborar un proyecto de investigación social*. España: Ediciones Paraninfo.
- Guajardo, E. (1996). *Administración de la calidad total. Conceptos y enseñanzas de los grandes maestros de la calidad*. México: Editorial Pax México.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores. S.A.

- Juran J.M., Gryna, Franc M. Jr., Bingham, R.S. Jr. (2005). *Manual de control de la calidad*. Volumen 2. (2da. Ed.). España: Editorial Reverte S.A.
- Lorenzano, C. (1994) *Por los caminos de Leloir: estructura y desarrollo de un investigación Nobel*. Argentina: Editorial Biblos.
- Ministerio de Salud. (2012). *Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel. Proyecto Multipaís Bolivia, Guatemala y Perú*. Perú: el autor
- Ministerio de Salud. (2011). *Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad*. Perú: el autor.
- Ministerio de Salud. (2011). *Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021*. Perú: el autor
- Ministerio de Salud. (2010). *Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada*. Perú: el autor.
- Ministerio de Salud . 2003. *La salud integral compromiso de todos: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. Perú: el autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategias innovadoras para el control del cáncer cérvicouterino y de mama*. Perú: el autor.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Suiza: el autor
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Integración de la atención sanitaria para la salud sexual y reproductiva y las enfermedades crónicas. Control integral del cáncer cérvico uterino. Guía de prácticas esenciales*. Suiza: el autor.
- Ortega, A., Castañeda, A., Díaz, C., Zepeda, C., Preciado, L., De la Torre, M., González, R., Aréchiga, Y. (2013). *El seguimiento de egresados en el*

CuCosta Sur. La percepción de los egresados y empleadores sobre competencias. México: Editorial Universitaria.

Restrepo, H., y Málaga, H. (2002). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable.* Colombia. Editorial Médica panamericana.

Salas, P., Guzmán, S., y Cazor, G. (2005). *Estrategias efectivas para aumentar la cobertura del Papanicolaou en el programa de detección del cáncer cervicouterino. Rev Chil Salud Pública; Vol 9(1), 12 – 19. Chile.* Recuperado de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/19955/21110>

Sapag, N. y Sapag, R. (2008). *Preparación y evaluación de proyectos.* Colombia: McGRAW-HILL.

Wood de Madrid , M. Mojica, y Donaji. (2010). *Grado de participación en la captación para toma de Papanicolaou. Enfoque Revista Científica de Enfermería · Vol. 7 (2).* Recuperado de http://www.sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/enero%20-%20junio%202010/enero_junio%202010_PDF/papanicolao.pdf

VIII. Anexos

Anexo 1
Artículo científico

ARTÍCULO CIENTÍFICO

1. **TÍTULO:** Aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” para mejorar la cobertura de Papanicolaou. CAP III Mantaro-EsSalud.2014
2. **AUTOR (A, ES, AS):** Jubitza Jassely Salas Rospigliosi; jubitza.sr@hotmail.com; afiliación institucional: Minsa.

3. RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014. La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo y fue de tipo aplicada de nivel explicativo, por lo que el diseño de estudio fue experimental de tipo pre experimental, de corte longitudinal. La población de estudio fue censal estuvo constituida por 7 trabajadores, con un muestreo no probabilístico intencional, teniendo a la revisión documental como técnica de recolección de datos y a la ficha de recolección de datos de elaboración propia como instrumento, el cual fue sometido para su validación y confiabilidad, al juicio de tres expertos, considerándolo como aplicable. Además se usó para el análisis de los datos y/o contrastación de la hipótesis, la estadística descriptiva inferencial paramétrica como es la prueba t.

Los resultados evidenciaron que por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se logró una cobertura de Papanicolaou de 127% es decir mejoró en un 74% más que el año anterior al estudio. Finalmente se concluyó que el “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CACP III Mantaro-EsSalud, por lo tanto es una óptima estrategia de gestión en servicios de salud

4. **PALABRAS CLAVE:** Papanicolaou, Calidad, Plan de Intervención, Cobertura, Calidad, PAP, MAIS.

5. ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to determine if the application of the "CACU Intervention Plan for everyone" improved the coverage of Papanicolaou in CAP Mantaro - EsSalud. 2014. The research was developed under the quantitative approach and was of applied type of explanatory level, reason why the design of study was experimental of type pre experimental, of longitudinal cut. The population of the study was census consisted of 7 workers, with an intentional non-probabilistic sampling, having the documentary review as data collection technique and the data collection sheet of own elaboration as instrument, which was submitted for validation and reliability, to the judgment of three experts, considering it as applicable. In addition, parametric inferential descriptive statistics such as the t-test were used for data analysis and / or testing of the hypothesis.

The results showed that the application of the "CACU Intervention Plan for all" achieved a Papanicolaou coverage of 127%, ie improved by 74% more than the year before the study. Finally, it was concluded that the "CACU Intervention Plan for All Commitment" improves Papanicolaou coverage in the CACP III Mantaro-EsSalud, therefore it is an optimal management strategy in health services

6. KEYWORDS: Papanicolaou, Intervention Plan, Coverage, Quality, PAP, MAIS.

7. INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo convirtiéndose con ello en un verdadero problema en la salud pública, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Ante ello, la Organización Mundial de la Salud señala que el cáncer cérvico uterino constituye el cuarto tipo de cáncer de envergadura femenina a nivel mundial y el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de los países menos desarrollados, siendo en el Perú consecutivo al cáncer de mama. Por eso, se considera de importancia la implantación de estrategias de gestión de servicios de salud como son los planes de intervención los mismos que deben ser aplicados con inmediatez ante evidencias que demuestran coberturas incipientes, o hasta con desidia,

favoreciendo al aumento de la mortalidad femenina. Por tanto, si se logra una concientización y sensibilización de una real atención integral en el personal de salud sobre la necesidad de diagnósticos más precoces como lo constituye la toma de Papanicolaou, y al fortalecer por ende los conceptos básicos del MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud) se revalorizaría lo tan y cuán importante es la “interconsulta” como actividad de salud y por qué no, más adelante sírvase como indicador de desempeño, al ser medible como producto del plan de intervención aplicado.

Para realizar el presente estudio se revisó bibliografía donde las experiencias de países extranjeros como es Chile con los autores Salas, Guzmán y Cazor (2005) realizaron la investigación *Estrategias efectivas para aumentar la cobertura del Papanicolaou en el programa de detección del cáncer cérvico uterino*. El objetivo de este trabajo fue dar a conocer estrategias de salud pública que permitan aumentar la cobertura del Papanicolaou. Sus resultados permitieron concluir que el aumento de las coberturas del Papanicolaou depende de múltiples factores donde se destaca la motivación de los equipos de salud, en especial de la profesional matrona, así como del apoyo interdisciplinario y comunitaria destinada a captar mujeres, y el concepto de auto-cuidado que tenga internalizado cada mujer. Wood de Madrid y Donaji Mojica (2010) realizaron la investigación *Grado de participación en la captación para toma de Papanicolaou*. Los resultados obtenidos les permitieron concluir que el recurso humano de toda institución es determinante para lograr los objetivos planteados como organización y que es importante mantenerlos motivados además de capacitados.

Por otro lado se expresa que el Plan de Intervención centra su conceptualización en lo vertido por Ortega *et al* (2013), y se sustenta en: (a) Modelo de Atención Integral de Salud basado en la familia y la comunidad (Minsa, 2011) y (b) Círculo de Deming. (Guajardo, 1996). El Modelo de Atención de Salud (MAIS) tiene como principios y valores orientadores: (a) La integralidad (b) Universalidad (c) Calidad (d) Corresponsabilidad (e) Equidad (f) Solidaridad y (g) Eficiencia. (Minsa, 2011). Por otro lado, la variable dependiente, cobertura de Papanicolaou, se conceptualiza en base a criterios de la Organización Mundial de la Salud

(2011), y se sustenta en la trilogía de la calidad propuesto por Joseph M. Juran (Guajardo, 1996). Además, es meritorio especificar que se ha considerado como indicadores de la variable cobertura de Papanicolaou a: (a) toma de Papanicolaou y, (b) resultados de Papanicolaou.

Ortega, Castañeda, Díaz, Zepeda, Preciado, De la Torre, González y Aréchiga (2013) define como Plan de Intervención a la propuesta ordenada de acciones que pretenden la solución de un problema que afecta a un individuo o individuos y en donde se plantea la magnitud, características, tipos y periodos de los recursos requeridos para completar la solución propuesta dentro de las limitaciones técnicas, sociales, económicas y políticas en las cuales se desenvolverá el proyecto. En cuanto a la variable dependiente, cobertura de Papanicolaou, la Organización Mundial de la Salud expresa al respecto que cobertura se calculan dividiendo el número de personas que reciben una intervención definida, entre la población que cumple las condiciones para recibirla o la necesita.

Según la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria a través de la Coordinación de Salud Reproductiva de la Red Asistencial Junín de EsSalud, el CAP III Mantaro en el año 2013 alcanzó una cobertura del 42% en el indicador Resultados de Papanicolaou concluyendo con ello que no se cubría ni al 50% de la población sujeta a ésta pesquisa. El CAP III Mantaro para el año 2013 tuvo una población adscrita de 14266 y para el año 2014 de 16,367. Además el porcentaje de cobertura para el indicador resultados de Papanicolaou para el año 2013 fue 30% Y para el año 2014 fue 27.5% de la población asignada en el presente trabajo se ha considerado un porcentaje de 27.5%.

Ante ello se planteó como problema general: ¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III MANTARO – EsSalud.2014? y como problema específico 1: ¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014?; *problema específico 2*: ¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el

CAP III Mantaro – EsSalud. 2014?

Teniendo como objetivo general: Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014; y como objetivo específico 1: Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014 y como objetivo específico 2: Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014

8. METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo y fue de tipo aplicada de nivel explicativo, por lo que el diseño de estudio fue experimental de tipo pre experimental, de corte longitudinal. La población de estudio fue censal estuvo constituida por 7 trabajadores, con un muestreo no probabilístico intencional, teniendo a la revisión documental como técnica de recolección de datos y a la ficha de recolección de datos de elaboración propia como instrumento, el cual fue sometido para su validación y confiabilidad, al juicio de tres expertos, considerándolo como aplicable. Además se usó para el análisis de los datos y/o contrastación de la hipótesis, la estadística descriptiva inferencial paramétrica como es la prueba t.

9. RESULTADOS

En la siguiente tabla 1 y figura 1 se observó que por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se logró una cobertura de Papanicolaou de 127% es decir se incrementó en un 74% más, lo que estaría evidenciando la importancia del Plan aplicado como estrategia de gestión para alcanzar una prioridad sanitaria de EsSalud como es la prevención del cáncer cérvico uterino. Además con estos resultados se resalta que luego de la aplicación del “Plan de Intervención se superaron las metas mensuales establecidas para el CAP III Mantaro en un 27%.

Tabla 1: Cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

Fr	Cobertura Papanicolaou (pre-t)		Fr	Cobertura Papanicolaou (pos-t)	
	Pobl. a coberturar	%		Pobl. a coberturar	%
172	327	53%	477	375	127%

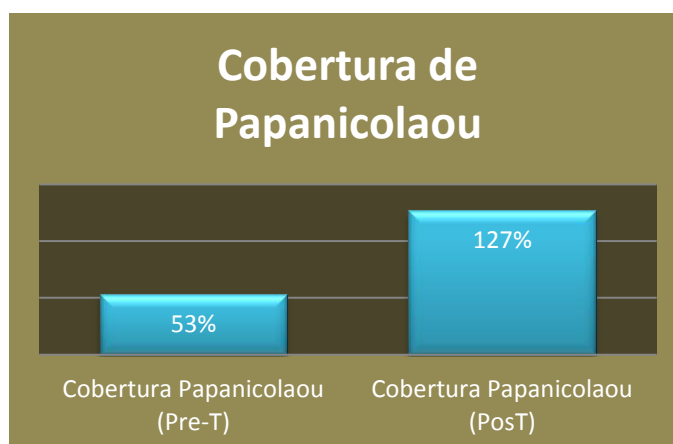


Figura 1: Cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

Por otro lado, los resultados demostraron que después de la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se logró alcanzar una cobertura en toma de Papanicolaou de un 59% más en enero, en un 58% más en febrero y en un 44% más en Marzo. Y que después de la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” se logró alcanzar una cobertura en resultados de Papanicolaou de un 79% más en enero, en un 77% más en febrero y en un 69% más en Marzo, lo que estaría evidenciando la importancia del Plan aplicado como estrategia de gestión para alcanzar una prioridad sanitaria de EsSalud como es la prevención del cáncer cérvico uterino.

Además como parte de la contrastación de la hipótesis general:

Ho. No existe mejora en la cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

Hi. Existe mejora en la cobertura de Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo del 2014.

$\alpha = 0.05$; Regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, se acepta H_0 ; Si $p < \alpha$, se rechaza H_0 ;
Prueba de estadística: Prueba T.

Se observó que el valor sig = 0.002 fue menor a $\alpha = 0.05$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, es decir que, existe mejora en la cobertura de Papanicolaou por la aplicación del Plan de Intervención “CACU Compromiso de todos” en el CAP III Mantaro durante los meses de enero a marzo del 2014.

Por otro lado, al contrastar la hipótesis específica 1: Se observó que el valor sig = 0.007 fue menor a $\alpha = 0.05$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, es decir que, existe mejora en la cobertura de toma de Papanicolaou por la aplicación del Plan de Intervención “CACU Compromiso de todos”. Y para la hipótesis específica 2: Se observó que el valor sig = 0.001 fue menor a $\alpha = 0.05$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, es decir que, existe mejora en la cobertura de resultados de Papanicolaou por la aplicación del Plan de Intervención “CACU Compromiso de todos”.

10. DISCUSIÓN

Con los resultados del presente estudio se puede manifestar que la puesta en marcha de un Plan de Intervención donde la interconsulta es el pilar para el logro de coberturas y de una atención integral en salud, hace que el personal de salud labore con la motivación hacia el logro de objetivos institucionales en beneficio de la salud pública tan igual como lo expresan las conclusiones del estudio ejecutado por Salas, Guzmán y Cazor (Chile-2005). Además se puede comparar el presente estudio realizado con el de Wood de Madrid y Donaji Mojica (Panamá- 2010) al detallar que se cumplió primero con la capacitación acerca del plan al personal sujeto a ser muestra del estudio, luego se les brindó un nuevo modelo de interconsulta mucho más factible de manejo y de mensajes con sensibilización para la paciente sobre el “compromiso de todos”; y al

personal profesional médico y profesional obstetra se les mencionó que el conteo de las muestras tomadas serán ingresadas en una matriz donde el nombre del profesional se reportará a la Red Asistencial de Salud específicamente a la Coordinación de Salud Reproductiva.

Por otro lado se logró que a nivel Red Asistencial de Salud, la atención para la toma de Papanicolaou fuera directa, además de una promoción de salud a través de banner, y trípticos y pines de identificación al personal de toma de Papanicolaou. Además se puede resaltar que al igual que Salas, Guzmán y Cazor (Chile-2005) que usaron un sistema informático denominándolo “cito-expert”, en la Red Asistencial Junín-EsSalud existía antes de la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” un sistema operativo computarizado semejante al del aplicado en el país fronterizo de Chile; y más aún que el baseado de los resultados estaban en el Sistema Informático en un plazo máximo de 5 a 7 días, y ya no en 45 días o hasta en dos meses.

Con ello se denota el compromiso del personal de patología como ser el profesional Tecnólogo médico y por ende se complementa lo que Wood de Madrid y Donaji Mojica (Panamá- 2010) en su estudio manifiesta donde concluyen que el recurso humano de cualquier organización juega un papel importante para lograr los objetivos de la institución y que es importante mantenerlos motivados en relación a los proyectos a seguir. Además Wood y Mojica confeccionaron una tarjeta con la que llevaron luego el control de la toma de Papanicolaou para un monitoreo más efectivo; y Salas, Guzmán y Cazor (Chile-2005), confeccionaron una planilla automática de cálculo de coberturas de PAP, pudiendo decir al respecto que al igual que ambos estudios se tuvo que hacer matrices de monitoreo y supervisión.

11.CONCLUSIONES

El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro-EsSalud durante los meses de enero a marzo del año 2014. (Sig= 0.002 < 0.05). Además la cobertura de Papanicolaou en este trimestre se incrementó en un 74% lográndose superar la meta en un 27%. Y en cuento a la cobertura de toma de Papanicolaou y los resultado de

Papanicolaou por la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejoran en el CAP III Mantaro-EsSalud durante los meses de enero a marzo del año 2014.

12. REFERENCIAS

Guajardo, E. (1996). *Administración de la calidad total. Conceptos y enseñanzas de los grandes maestros de la calidad*. México. Editorial Pax México.

Ministerio de Salud. (2011). *Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad*. Perú. el autor.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Suiza. el autor

Ortega, A., Castañeda, A., Díaz, C., Zepeda, C., Preciado, L., De la Torre, M., González, R., Aréchiga, Y. (2013). *El seguimiento de egresados en el CuCosta Sur. La percepción de los egresados y empleadores sobre competencias*. México: Editorial Universitaria.

Salas, P., Guzmán, S., Cazor, G. (2005). *Estrategias efectivas para aumentar la cobertura del Papanicolaou en el programa de detección del cáncer cervicouterino*. *Rev Chil Salud Pública*; Vol 9(1), 12 – 19. Chile. Recuperado de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/19955/21110>

Wood de Madrid , Mirta. Mojica, Donaji. (2010). *Grado de participación en la captación para toma de Papanicolaou. Enfoque Revista Científica de Enfermería. Universidad de Panamá.* Vol. 7 (2). Recuperado de http://www.sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/enero%20-%20junio%202010/enero_junio%202010_PDF/papanicolao.pdf

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Yo, Jubitza Jassely Salas Rospigliosi, estudiante (), egresado (), docente (), del Programa Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI: 00510429, con el artículo titulado

“Aplicación del Plan de Intervención CACU compromiso de todos para mejorar la cobertura de Papanicolaou. CAP III – Mantaro. EsSalud. 2014”.

declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría sin compartir con coautores.
- 2) El artículo no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima, 23 de setiembre del 2017

Jubitza Jassely Salas Rospigliosi

Anexo 2
Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” para aumentar la cobertura de Papanicolaou. CAP III Mantaro – EsSalud. 2014

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables			
¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III MANTARO – EsSalud.2014?	Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014.	El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de Papanicolau en el CAP III Mantaro –EsSalud. 2014.	Variable 1: Plan de Intervención CACU Compromiso de todos. Variable 2: Cobertura de Papanicolaou:			
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Intervención sanitaria de Papanicolaou.	Indicadores	Items	Cobertura
¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014?	Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014	El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de toma de Papanicolaou en el CAP III Mantaro –EsSalud. Enero a Marzo del 2014.		Toma de Papanicolaou	No. de muestras tomadas.	2013
						2014
¿La aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014?	Determinar si la aplicación del “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. 2014-	El “Plan de Intervención CACU compromiso de todos” mejora la cobertura de resultados de Papanicolaou en el CAP III Mantaro – EsSalud. Enero a Marzo. 2014		Resultado de Papanicolaou	No. de resultados emitidos.	

Anexo 3
Autorización para desarrollo de investigación



Lima, 10 de enero del 2014

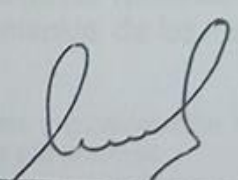
CARTA N°053 -G- RAJ

OBSTA. JUBITZA JASELY SALAS ROSPIGLIOSI
MAESTRISTA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
PRESENTE.-

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y mediante la presente se le autoriza la ejecución del trabajo de Investigación "Aplicación del Plan de Intervención "CACU compromiso de todos" para mejorar la cobertura del Papanicolao en mujeres de 21 -65 años adscritas al CAP III Mantaro- EsSalud. 2014.

Sin otro particular,



Dr. TOMÁS PÁRRAGA ADIAGA
Gerente de la Red Asistencial Junín - EsSalud

Anexo 4
Matriz de operacionalización de las variables

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE: Cobertura de Papanicolaou

Variable dependiente

Dimensión	Indicadores	Ítems	Cobertura
Intervención sanitaria de Papanicolaou	. Toma de Papanicolaou	Número de muestras tomadas	2013
	. Resultado de Papanicolaou	Número resultados emitidos	2014

Anexo 5

Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DÍA	2014					
	ENERO		FEBRERO		MARZO	
	TOMA DE PAP	RESULTADO DE PAP	TOMA DE PAP	RESULTADO DE PAP	TOMA DE PAP	RESULTADO DE PAP
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOTAL No.						
COBERTURA						

Anexo 6
Certificados de validez
del instrumento

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cobertura de Papanicolaou.

Nº		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	No. de muestras tomadas	X		X		X		
2	No. de resultados emitidos	X		X		X		
3	Cobertura de Papanicolaou	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: CLARA DIAZ TINOCO DNI: 7403289

Especialidad del validador: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 20.....

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Mg. Obsta. Clara M. Díaz Tinoco
 C.O.P. N° 3345

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cobertura de Papanicolaou.

Nº		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	No. de muestras tomadas	✓		✓		✓		
2	No. de resultados emitidos	✓		✓		✓		
3	Cobertura de Papanicolaou	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Es suficiente

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [☒] Aplicable después de corregir [☐] No aplicable [☐]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Miliska Vega Guevara DNI: 28284526

Especialidad del validador: Investigación Científica

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

18.de 06 del 2017


Mag. Miliska Vega Guevara
 CATEDRÁTICA

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cobertura de Papanicolaou.

Nº		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	No. de muestras tomadas	X		X		X		
2	No. de resultados emitidos	X		X		X		
3	Cobertura de Papanicolaou	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [☒] Aplicable después de corregir [☐] No aplicable [☐]

MARIA DEL PILAR

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: COTRINA CACERES DNI: 08506279

Especialidad del validador: JEFA DEPARTAMENTO DE OBSTETRICES
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 20.....

MINSa - INMP
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICES
[Firma]
Obsta. María del Pilar Cotrina Cáceres
C.O.P. N° 5280
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICES

Firma del Experto Informante.

Anexo 7
Matriz de datos

Establecimiento: CAP III MANTARO

Mes: Enero

Año: 2014

	TOMA DE PAP																															RESULTADO DE PAP			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		TOTAL		
Primera semana		8	28	10																												46			
Segunda semana						20	15	10	11	19	11																				86				
Tercera semana													12	16	13	28	24	14																107	
Cuarta semana																					27	9	11	17	23	9		12	17	10	10	17		162	
	TOTAL																															401	330		

ENERO 2013	158	158
------------	-----	-----

Establecimiento:

CAP III MANTARO

Mes: Febrero

Año: 2014

	TOMA DE PAP																												RESULTADO DE PAP																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					TOTAL															
Primera semana	22	19	21	21	22																								105																			
Segunda semana						20	22	18	21	22	24																		127																			
Tercera semana													27	22	24	19	18	25													135																	
Cuarta semana																					21	25	18	20	24																							
	TOTAL																												475	634																		

FEBRERO 2013	225	174
--------------	-----	-----

Establecimiento:

CAP III MANTARO

Mes: Marzo

Año:
2014

	TOMA DE PAP																																RESULTADO DE PAP				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL					
Primera semana	18		16	15	14	12	14	12																								101					
Segunda semana									16	15	9	11	12	14																		77					
Tercera semana															12	14	13	11	17	21																88	
Cuarta semana																					19	17	14	12	15	17		18						112			
	TOTAL																															378	468				

MARZO 2013

188

188

Matriz de datos

MES	2013		2014	
	COBERTURA DE PAP (PRE TEST)		COBERTURA DE PAP (POST TEST)	
	TOMA DE PAP	RESULTADO DE PAP	TOMA DE PAP	RESULTADO DE PAP
1	158	158	401	330
2	225	174	475	634
3	188	188	378	468

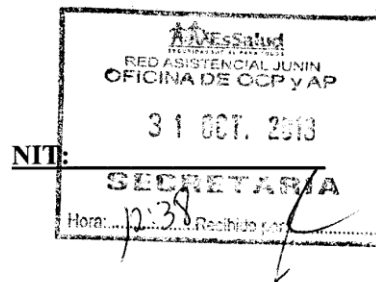
Anexo 8
Población y cobertura pre-t y pos-t

Población y cobertura pre-t y pos-T

	2013	2014
Población total de mujeres sujeta a cobertura de Papanicolaou.	14266	16367
Cobertura anual de Papanicolaou	Al: - 27.5%= 3923 - 30%= 4280	Al: - 27.5%= 4501
Cobertura mensual de Papanicolaou	Al: - 27.5%= 327 - 30%= 357	Al: - 27.5%= 375

En el presente estudio se consideró la cobertura al 27.5%.

Anexo 9
“Plan de Intervención CACU compromiso de todos”



Huancayo, 31 de Octubre 2013.

CARTA N°005 – COORD.SSR.OCPyAP -ESSALUD-2013

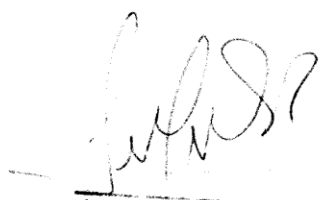
DR. PEDRO BERAUN HUAPAYA.
JEFE DE LA OFICINA DE COORDINACIÓN, PRESTACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA.
RED ASISTENCIAL JUNIN – EsSALUD.
PRESENTE.-

ASUNTO: REMITO PLAN DE INTERVENCIÓN: CACU “COMPROMISO DE TODOS”.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y mediante la presente remitirle como documento adjunto un Plan de Intervención denominado CACU “Compromiso de todos”, para su visto bueno y consideraciones que usted estime pertinente.

Agradezco su fina atención y sin otro particular, le reitero sentimientos de estima y consideración personal.

Afectuosamente,


Jubitza Salas Prospigliosi
OBSTETRA
Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva
EsSalud

SEGURO SOCIAL DE SALUD
OCP y AP - RAJ

PROVEÍDÓ N°: 862

PASE A: Jefes de los 2 Centros de Salud

Los 02 Centros de Salud

() Atención Urgente.....

() Atención Previa Verificación.....

() Opinión.....

() Revisión e Informe.....

() Proyectar Respuesta.....

() Consentimiento y Fines.....

() Conversemos.....

() Coordinar con.....

() Archivo.....

() Elaborar Ayuda Manera.....

() Atención que Corresponde.....

() Seguimiento.....

() Consolidar.....

() Conocer.....

() Evaluación.....

() Informe de Cumplimiento.....

Fs..... Hyc 31 OCT 2013

C.c. Archivo: OCP.- Coordinación Salud Sexual y Reproductiva
JSR

DR. PEDRO HÉCTOR BERAUN HUAPAYA
Jefe (e) Oficina Coordinación de Prestaciones
y Atención Primaria
RED ASISTENCIAL JUNIN
EsSalud



RED ASISTENCIAL JUNÍN

GERENCIA DEPARTAMENTAL

OFICINA DE COORDINACIÓN, PRESTACIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PLAN DE INTERVENCIÓN

CACU “COMPROMISO DE TODOS”

JUNÍN

OCTUBRE

2013

... A la Red Asistencial Junín, la cual debe ser una Red Asistencial modelo en atención donde los compromisos institucionales sean asumidos por el equipo multidisciplinario validando la integralidad de la atención según razón de ser de la cartera de servicios de salud de complejidad creciente del seguro social de salud- EsSalud- Septiembre 2013.

*Red Asistencial Junín
Obsta. Jubitzá Jassely Salas Rospigliosi
Coordinación en Salud Sexual y Reproductiva
ESSALUD-OCTUBRE 2013*

... “La perfección no es humana pero sin embargo como nos esforzamos en conseguirla”. Aristóteles.

... No tratemos de descubrir la pólvora, sabiendo que ya la descubrieron, sino más bien juntos hagamos un benchmarking institucional... JJSR.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	OBJETIVOS.....	6
	Objetivo General.....	6
	Objetivos Específicos.....	6
III.	FNALIDAD.....	6
IV.	ALCANCE.....	6
V.	BASE LEGAL.....	6
VI.	METAS.....	7
VII.	RESPONSABILIDADES.....	7
VIII.	CONCEPTOS DE REFERENCIA.....	7
IX.	DISPOSICIONES.....	8
X.	ANEXOS.....	9
	Anexo 01: Matriz CACU “Compromiso de todos”	9
	Anexo 02: Formato de Interconsulta.....	13

PLAN DE INTERVENCIÓN

CACU “COMPROMISO DE TODOS”

I. INTRODUCCIÓN

EsSalud es una Institución de salud que tiene cuatro prioridades en atención siendo la prevención del Cáncer al Cuello uterino uno de ellas entre la prevención del cáncer mamario, el síndrome metabólico y la prevención de la enfermedad renal.

En esta ocasión se desea con éste plan de intervención, en primer lugar, traer a la memoria un lema muy usado en nuestro país en años anteriores, el mismo que versaba de la siguiente manera: “*Maternidad Saludable y Segura, Compromiso de Todos*”, lema con el cual sumado a diversas acciones en salud se ha logrado reducir la tasa de mortalidad materna en Perú; y en segundo lugar, el presente plan de intervención desea validar que la prioridad institucional de prevenir el cáncer al cuello del útero, debe ser también considerada un “**compromiso de todos**”, incluyendo y no excluyendo en responsabilidad a todo el equipo multidisciplinario, más aún al considerar que en el mes de setiembre del año en curso (2013), se ha aprobado la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud-EsSalud, donde el modelo de atención *integral* de salud forma el marco de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente, garantizan la atención integral de la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer las necesidades de salud.

Por ello, se espera que la Red Asistencial Junín sea pionera y por ende ejemplo a nivel nacional, en la instalación de un modelo de atención donde el trabajo en equipo sea un trabajo verdaderamente integral y formalizado, es decir se logre una atención integral “institucionalizada”, al

dar uso de la presente matriz **“CACU, compromiso de todos”**, instrumento de medición de fácil uso y de ayuda importante en el monitoreo, supervisión y evaluación, más aún al considerar que el cumplimiento de la programación de metas es el pilar de todas nuestras actividades de salud.

El accionar de éste plan de intervención y su matriz inmersa, deberá ser de uso diario e información semanal a semejanza de las semanas epidemiológicas, con la única finalidad que aseguremos una salud pública óptima en base en poner énfasis al valor de las interconsultas y así se evidenciará el compromiso, no sólo con el servicio al que pertenece según grupo profesional sino con la institución y más aún con la salud integral de nuestras aseguradas.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Institucionalizar en toda la Red Asistencial Junín, la matriz del plan de intervención: CACU “Compromiso de todos” de información semanal.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr que los profesionales médicos de la Red Asistencial Junín se involucren en las prioridades sanitarias de la institución brindando interconsulta al plan de intervención: CACU “Compromiso de todos”.

III. FINALIDAD

Lograr un modelo de atención integral de salud donde la prevención del cáncer del cuello uterino y por ende el logro de las metas anuales de compromiso multidisciplinario.

IV. ALCANCE

Todos los CAS de las Red Asistencial Junín de EsSalud.

V. BASE LEGAL

- Ley No 27056, Ley de creación del seguro Social de Salud-Essalud y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo No002-99-TR
- Ley No.26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo No 009-97-SA
- Resolución de Gerencia General No983-GG- Essalud-2008 que aprueba la Directiva No 018-GG Essalud-2008 “Normas para el proceso de Referencia y Contrareferencia de Essalud”
- Ley No26842, Ley General de Salud, Julio 1997
- Ley Resolución de Gerencia General No382-GG Essalud 2007.

Norma Técnica “Definición, características y funciones de los centros Asistenciales del Primer Nivel de Atención de Essalud.

- Resolución de Presidencia Ejecutiva No012-PE Essalud-2007. Estructura Orgánica y el reglamento de organización y funciones de Essalud.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva No 296-PE-EsSalud-2012. Código de ética del personal del Seguro Social de Salud-EsSalud. Respeto e idoneidad.
- Convenio Marco EsSalud-MINSA del 04 de Setiembre 2013, donde se incorpora la Red Asistencial Junín.

VI. METAS

Que el 100% de los profesionales médicos realicen interconsulta para toma de Papanicolaou en cumplimiento a una atención integral de salud.

VII. RESPONSABILIDADES

Gerente Departamental de la RAJ

Jefe de la Oficina de coordinación, prestaciones y atención primaria la RAJ

Director de cada establecimiento de Salud de la RAJ

Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia de cada establ. de Salud - RAJ

Jefe del Servicio de Obstetricia de cada establecimiento de Salud de la RAJ

Médicos Gineco-Obstetras de la RAJ

Médicos Generales de la RAJ

Obstetras de la RAJ

VIII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

PLAN DE INTERVENCIÓN: Modelo de atención integral de aplicación urgente e inmediata en todos los establecimientos de una Red Asistencial.

COMPROMISO DE TODOS: Trabajo multidisciplinario para el logro de metas y/o prioridades sanitarias de la institución.

MATRIZ DE PLAN DE INTERVENCIÓN: Formato único de registro para monitoreo, supervisión y evaluación local, regional y nacional.

CACU: Prevención del cáncer al cuello uterino.

CÁNCER: Neoplasia maligna originada por la pérdida del control del crecimiento celular que pueden invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y puede tener como resultado la muerte.

SOSPECHA CLÍNICA DE CÁNCER CUELLO UTERINO: Visualización a la especuloscopia de una lesión exocervical proliferativa, sangrante y/o friable, con o sin antecedentes de sangrado vaginal.

CÁNCER AL CUELLO UTERINO: El término designa el crecimiento maligno, autónomo y desregulado de células del epitelio del cuello uterino.

AREAS DE ALTO RIESGO EPIDEMIOLÓGICO: Zonas geográficas en las que se registra altas tasas de incidencia o mortalidad por cáncer de cuello uterino y/o áreas con baja cobertura de detección de cáncer de cuello uterino. **Huancayo** es un área de alto riesgo epidemiológico por ser una zona geográfica en la que se registra altas tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino.

DETECCIÓN TEMPRANA: Comprende el diagnóstico temprano en las poblaciones sintomáticas y el tamizaje en las poblaciones asintomáticas pero en riesgo.

DETECCIÓN: Consiste en descubrir anomalías citológicas y/o visuales del cuello uterino en relación con lesiones premalignas o cáncer invasor, en la población supuestamente sana.

PAPANICOLAOU (PAP): Método de estudio citológico utilizado para la detección de enfermedad neoplásica.

TAMIZAJE: Detectar oportunamente y captar tempranamente a las usuarias con lesiones precancerosas o cancerosas del cuello uterino en una población de riesgo.

IX.DISPOSICIONES

9.1. La Gerencia de la RAJ dispondrá a quien corresponda la capacitación, difusión y uso en todos los establecimientos de salud de

la matriz del Plan de Intervención CACU compromiso de todos según el anexo 01.

- 9.2. La Gerencia y la Jefatura de OCP-AP de la RAJ dispondrá el uso del formato de interconsulta según anexo 02
- 9.3. Los Directores de los establecimientos dispondrán a quien corresponda una Información semanal según matriz del plan de intervención: CACU "Compromiso de todos: Día lunes de cada semana. Anexo 01, el mismo que deberán de remitir al correo institucional de la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la RAJ.
- 9.4. Se dispone que el profesional responsable de la presentación del Informe semanal será un profesional Obstetra de cada establecimiento, y en su ausencia un profesional médico

DISPOSICIÓN TENTATIVA:

- 9.5. La Gerencia de la RAJ, dispondrá la formación de un comité evaluador para el logro de las autorizaciones correspondientes de Pasantía al modelo de atención del Policlínico Metropolitano

X. ANEXOS

ANEXO 01

PLAN DE INTERVENCIÓN

Matriz: “CACU, Compromiso de todos”

Parte uno: CACU compromiso de todos

En este sector de la matriz se deberá colocar el nombre del profesional Médico o los profesionales Médicos, según sea el caso, que tengan consulta.

El llenado de estos recuadros al terminar el día, será de responsabilidad del profesional Obstetra, profesional que tendrá que contabilizar la cantidad de toma de PAP por interconsulta y según nombre del profesional médico, además será responsable del envío de la matriz vía e-mail institucional de manera semanal al e-mail institucional de la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la RAJ, con copia al e-mail institucional de la Dirección de su establecimiento.

Las interconsultas serán de pacientes comprendidas entre las edades de 21 a 65 años, en cumplimiento a la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud-EsSalud aprobada en setiembre del 2013.

Parte dos: OBSTETRA RESPONSABLE

Toma de PAP-Consulta: En este sector de la matriz es para llena total de PAP tomados por la profesional Obstetra que no sean generados por interconsulta médica, sino son PAP tomados a solicitud de la paciente, por captación de paciente, etc.

Toma de PAP-Campaña: En este sector de la matriz es para llenado del total de PAP tomados por la profesional Obstetra que no sean generados por interconsulta médica, sino de PAP tomados en campañas de salud.

Este sector de “Obstetra responsable” es de llenado diario y de información semanal al e-mail institucional de la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la RAJ, con copia al e-mail institucional de la Dirección de su establecimiento.

Es necesario señalar que la parte uno y dos forman parte de una sola matriz y sólo por ser de necesidad didáctica se ha separado en dos partes por lo tanto la información es en la misma matriz correspondiendo enviar la información semanal sólo en la matriz que se anexa a continuación, como único formato de información del presente plan de intervención.

Además se resalta manifestar que el uso del correo institucional tiene carácter formal, por lo que los envíos son de valor oficial para EsSalud y su uso ayudará al monitoreo, supervisión y por ende evaluación de las metas semanales, mensuales y anuales de nuestra RAJ.



OFICINA DE COORDINACIÓN DE PRESTACIONES Y ATENCIÓN PRIMARIA
COORDINACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
II REUNIÓN DE GESTIÓN-OBSTETRICIA 2014
FECHA: SÁBADO 08 DE FEBRERO DEL 2014

RED ASISTENCIAL JUNÍN: "SALUD REPRODUCTIVA PARA TODOS"

ESTABLECIMIENTO:

RESPONSABLE:

Formato elaborado para Monitoreo Mensual en Red Asistencial Junín: Coord. SSR. Obsta. Jubitza Salas Rospioglisi.

Red	JUNIN
MES:	
AÑO:	2014

PRIORIDAD SANITARIA													
LINEAMIENTOS DE PROGRAMACIÓN 2014-ACUERDOS DE GESTIÓN													
PREVENCIÓN DEL CÁNCER AL CUELLO DEL ÚTERO													
EE.SS.	META MENSUAL	TOMA DE PAP		RESULTADOS DE PAP		META ANUAL	TOMA DE PAP		RESULTADOS DE PAP				
		LOGRADO DE LA META MENSUAL (logrado en el mes a informar)		LOGRADO DE LA META MENSUAL (logrado en el mes a informar)			LOGRADO DE LA META ANUAL (sumatoria hasta el mes actual)		LOGRADO DE LA META ANUAL (sumatoria hasta el mes actual)				
		No	%	No	%		No	%	No	%			
ALBERTO HURTADO ABADIA	159		0.00		0.00	1911		0.00		0.00			
RIO NEGRO - SATIPO	92		0.00		0.00	1099		0.00		0.00			
TARMA	149		0.00		0.00	1784		0.00		0.00			
JAUJA	141		0.00		0.00	1693		0.00		0.00			
CONCEPCION	87		0.00		0.00	1048		0.00		0.00			
LA MERCED	163		0.00		0.00	1958		0.00		0.00			
ANDAYCHAGUA	4		0.00		0.00	53		0.00		0.00			
JUNIN	45		0.00		0.00	541		0.00		0.00			
MARH - TUNEL	20		0.00		0.00	234		0.00		0.00			
MOROCOA	22		0.00		0.00	265		0.00		0.00			
MUQUIYAYUO	4		0.00		0.00	53		0.00		0.00			
PACHACAYO	6		0.00		0.00	66		0.00		0.00			
YAIRICOCHA	1		0.00		0.00	12		0.00		0.00			
SAN PEDRO DE CAJAS	4		0.00		0.00	54		0.00		0.00			
METROPOLITANO DE HUANCAYO	747		0.00		0.00	8970		0.00		0.00			
CHILCA	281		0.00		0.00	3366		0.00		0.00			
PICHANAQUI	22		0.00		0.00	263		0.00		0.00			
MANTARO	375		0.00		0.00	4501		0.00		0.00			
CHUPACA	102		0.00		0.00	1221		0.00		0.00			
Cobriza	0												
Corpacancha	0												
San Cristobal	0												
TOTAL NIVEL RED	2424	0	0.00	0	0.00	29091	0	0.00	0	0.00			

EVALUACIÓN TRIMESTRAL		
TRIMESTRES 2014	No	%
I TRIMESTRE		
II TRIMESTRE		
III TRIMESTRE		
IV TRIMESTRE		
TOTAL		

LOGRO DE METAS	
Meta % por mes	8.40%
Meta % por trimestre	25.00%
Meta diaria por profesional(No)	



OCPyAP. Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva-Octubre 2013

PLAN DE INTERVENCIÓN: CACU "COMPROMISO DE TODOS"

Establecimiento: _____

Red Asistencial Junín-Modelo de atención

Nombre de Obstetra Responsable: _____

PLAN DE INTERVENCIÓN		CACU "COMPROMISO DE TODOS"																				
		SERVICIO DE MEDICINA																				
		NOMBRE MÉDICO A:																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
SEMANA AMARILLA (Primera semana)																						
SEMANA VERDE (Segunda semana)																						
SEMANA NARANJA (Tercera semana)																						
SEMANA ROJA (Última semana)																						
TOTAL																						

CACU= PREVENCIÓN DEL CÁNCER AL CUELLO DEL ÚTERO.

Observación: Si existiese más de un profesional médico se considerará a todos los que intervengan en la atención primaria de salud (consultas). Siendo Médico A, Médico B, Médico C, Médico D, etc. Considerar sus nombres y apellidos.

[illegible]

[illegible]

SUB-TOTAL

ANEXO 02
PLAN DE INTERVENCIÓN
CACU “COMPROMISO DE TODOS”
FORMATO DE INTERCONSULTA

PLAN DE INTERVENCIÓN
CACU “COMPROMISO DE
TODOS”



INTERCONSULTA
FECHA: _____

PLAN DE INTERVENCIÓN
CACU “COMPROMISO DE
TODOS”



INTERCONSULTA
FECHA: _____

PLAN DE INTERVENCIÓN
CACU “COMPROMISO DE
TODOS”



INTERCONSULTA
FECHA: _____

PLAN DE INTERVENCIÓN
CACU “COMPROMISO DE
TODOS”



INTERCONSULTA
FECHA: _____

PLAN DE INTERVENCIÓN
CACU “COMPROMISO DE
TODOS”



INTERCONSULTA
FECHA: _____

PLAN DE INTERVENCIÓN
CACU “COMPROMISO DE
TODOS”



INTERCONSULTA
FECHA: _____

